



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Violência Interpessoal – Triagem,
Identificação e Encaminhamento**

Luís Filipe Raimundo Ramos

Orientação: Professor Doutor Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO
BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Violência Interpessoal – Triagem,
Identificação e Encaminhamento**

Luís Filipe Raimundo Ramos

Orientação: Professor Doutor Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em
Situação Crítica***

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Violência Interpessoal – Triagem, Identificação e Encaminhamento

Luís Filipe Raimundo Ramos

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica**

Júri:

Presidente: Prof.^a Dr.^a Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Prof.^a Dr.^a Maria Alice Góis Ruivo

Orientador: Prof.^o Dr.^o Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

À Madalena,
que me mostrou um mundo que eu desconhecia

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Adriano Pedro, pela disponibilidade, dedicação, saber e exigência. Por acreditar, sempre, que era possível fazer mais e melhor.

À Ana, minha esposa, pela ausência, pelas palavras de incentivo e apoio incondicional. Pelo sentido crítico construtivo que demonstraste, sempre com a finalidade de me ajudar a fazer mais e melhor. Por todo o tempo que estive ausente, sem ti teria sido impossível aqui chegar.

À minha família, especialmente aos meus pais e irmão, por todo o apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida.

Aos enfermeiros orientadores Maria José Catalão e Luís Rodrigues, pela orientação nos estágios, por tudo o que me proporcionaram e permitiram aprender e que permitiu a aquisição de novos conhecimentos e competências.

A todos os outros intervenientes nesta etapa, obrigado.

RESUMO

Os Serviços de Urgência, são maioritariamente a porta de entrada dos doentes nos Serviços de Saúde. Compete aos enfermeiros que trabalham nestes serviços, marcar pela diferença no atendimento de vítimas de violência interpessoal, devendo para isso estar capacitados de métodos e técnicas que permitam identificar situações compatíveis com violência e desse modo prestar o apoio a quem necessitar, encaminhando de seguida as vítimas para as entidades competentes.

Para que a equipa de enfermagem se encontre devidamente preparada para dar resposta a este tipo de situações, a formação tem um papel fundamental, a par da transmissão de conhecimentos de outros colegas, de situações por estes assistidas.

Deste modo, o Modelo Teórico de June Larrabee – Modelo para a Prática Baseada na Evidência serviu de linha orientadora para a realização deste relatório.

Este relatório, tem como principal objetivo demonstrar a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que foram adquiridas durante o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especial ênfase no Estágio Final, obtidas também durante todo o percurso académico e profissional.

Estão ainda incluídas neste relatório, as etapas que permitiram a implementação de um Projeto de Intervenção em Serviço, tendo este sido implementado no Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande. Encontram-se ainda analisadas de forma detalhada as competências referidas anteriormente e que por mim foram adquiridas e desenvolvidas.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Serviço de Urgência, Violência Interpessoal e Modelo para a Prática Baseada na Evidência.

ABSTRACT

The Emergency Rooms are mainly the entrance door for patients in Health Services. It's responsibility of nurses who work in these services, to make difference in the care of victims of interpersonal violence, and for that, they must be trained in methods and techniques that allow identifying the situations compatible with violence and thus provide support to those in need, the referring victims to competent authorities.

For the nursing team be properly prepared to respond to these situations, training has a fundamental role, alongside the transmission of knowledge from other colleagues, of situations they assist.

Because that, the June Larrabee Theoretical Model - Model for Evidence-Based Practice served as a guideline for the realization of this report.

This report has as main objective, demonstrate the acquisition of competences of Master in Nursing, Specialist Nurse and Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, which were acquired during the Master in Medical-Surgical Nursing, with special emphasis on the Final Stage, obtained also during the entire academic and professional path.

Also included in this report are the steps that allowed the implementation of a Service Intervention Project, which was implemented in the Emergency Department of Hospital Doutor José Maria Grande. The skills referred to above, which were acquired and developed by me, are still analyzed in detail.

Key words: Medical-Surgical Nursing, Emergency Service, Interpersonal Violence and Model for Evidence-Based Practice.

ÍNDICE

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | <i>INTRODUÇÃO</i> | 14 |
| 2. | <i>ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS</i> | 16 |
| 2.1. | Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente..... | 17 |
| 2.2. | Serviço de Urgência..... | 19 |
| 3. | <i>CONTEXTUALIZAÇÃO</i> | 22 |
| 3.1. | Modelo Teórico de June Larrabee: Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência | 22 |
| 3.2. | Violência | 26 |
| 3.2.1. | Tipos de Violência | 28 |
| 3.2.2. | Natureza da Violência..... | 30 |
| 3.2.3. | Epidemiologia da Violência..... | 34 |
| 3.2.4. | Orientações para os enfermeiros na abordagem ao adulto vítima de violência..... | 37 |
| 4. | <i>PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO</i> | 44 |
| 4.1. | Diagnóstico de Situação | 45 |
| 4.2. | Definição dos objetivos..... | 46 |
| 4.3. | Planeamento | 47 |
| 4.4. | Execução | 49 |
| 4.5. | Avaliação | 51 |
| 4.6. | Divulgação dos resultados..... | 53 |
| 5. | <i>ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</i> | 54 |
| 5.1. | Competências Comuns do Enfermeiro Especialista..... | 54 |
| 5.1.1. | Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal | 55 |
| 5.1.2. | Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade..... | 57 |
| 5.1.3. | Competências do domínio da gestão de cuidados | 60 |
| 5.1.4. | Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais..... | 61 |
| 5.2. | Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica | 63 |

| | |
|---|-----------|
| 5.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica | 64 |
| 5.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação..... | 67 |
| 5.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas | 68 |
| 5.3. Competências do Mestre em Enfermagem..... | 70 |
| 5.3.1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada | 70 |
| 5.3.2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência..... | 70 |
| 5.3.3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais | 71 |
| 5.3.4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida | 72 |
| 5.3.5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais | 73 |
| 5.3.6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular..... | 74 |
| 5.3.7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade..... | 74 |
| 6. CONCLUSÃO | 76 |
| 7. BIBLIOGRAFIA..... | 78 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|--------|
| Anexo 1 - Declaração de Aceitação de Orientação..... | LXXXII |
| Anexo 2 - Deliberação do Conselho Técnico-Científico da ESSP..... | LXXXIV |
| Anexo 3 - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA..... | LXXXVI |
| Anexo 4 - Certificado de Conclusão do Curso SAV..... | LXXXIX |
| Anexo 5 - Certificado de Conclusão do Curso SBV DAE | XCI |
| Anexo 6 - Certificado de Conclusão do Curso Eletrocardiografia Essencial..... | XCIII |
| Anexo 7 - Certificado de Conclusão do Curso Eletrocardiografia Avançada..... | XCV |
| Anexo 8 - Certificado de Conclusão do Curso ITLS..... | XCVII |
| Anexo 9 - Certificado de Conclusão do Curso Violência Doméstica..... | XCIX |

ÍNDICE DE APÊNDICES

| | |
|--|---------|
| Apêndice 1 - Tabela de Resultados da Revisão de Literatura..... | CII |
| Apêndice 2 - Cronograma com as fases do PIS..... | CXI |
| Apêndice 3 - Fluxograma do Circuito do Doente no Serviço de Urgência..... | CXIII |
| Apêndice 4 - Folheto Informativo..... | CXV |
| Apêndice 5 - Apresentação para Formação em Serviço..... | CXVIII |
| Apêndice 6 - Cartaz Promocional da Sessão de Formação..... | CXXXV |
| Apêndice 7 - Plano de Sessão..... | CXXXVII |
| Apêndice 8 – Resumo do Artigo Científico..... | CXV |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|-------------------------------------|----|
| Figura 1 – Resumo da pesquisa | 40 |
|-------------------------------------|----|

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 - Níveis de Evidência e Qualidade Metodológica | 40 |
| Tabela 2 - Atividades e Estratégias por Objetivo | 488 |

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

% – Por cento

Abr. – Abril

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

Dez – Dezembro

DGS – Direção Geral de Saúde

DNI – Dinitrato de Isossorbida

Dr. – Doutor

EBSCO – *Elton Bryson Stephens Company*

Enf. – Enfermagem

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPVA – Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos

Esc. – Escola

Fev. – Fevereiro

HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande

Inst. – Instituto

ITLS – *International Trauma Life Support*

Jan. – Janeiro

Mar. – Março

NHCJR – Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco

Nov. – Novembro

Nº – Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Out. – Outubro

p. – Página

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

Poli. – Politécnico

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência a Antimicrobianos

Prof. – Professor

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

® – Marca Registada

SAV – Suporte Avançado de Vida

Set. – Setembro

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

Sup. – Superior

SUB – Serviço de Urgência Básica

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System 28*

UCIDEM – Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Univ. – Universidade

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, em associação, tendo como instituição de acolhimento o Instituto Politécnico de Portalegre, na Escola Superior de Saúde. Foi proposta a realização de um Projeto de Estágio, e a elaboração de um relatório, sobre o desenvolvimento do Estágio Final, que tem como objetivo garantir de forma adequada, coerente e uniforme a aplicação das normas que constam no Regulamento de Funcionamento dos Mestrados em Enfermagem da Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde e normas das Instituições de Ensino Superior de Acolhimento (Esc. Sup. de Enf. da Univ. de Évora, Esc. Sup. de Saúde do Inst. Poli. de Portalegre, Esc. Sup. de Saúde do Inst. Poli. de Beja, Esc. Sup. de Saúde do Inst. Poli. de Setúbal, Esc. Sup. de Saúde do Inst. Poli. de Castelo Branco, 2017)

Para Patrícia Benner (2001), a aquisição de competências no que concerne às intervenções de enfermagem, é um processo gradual e a aprendizagem é desenvolvida em contextos de grande complexidade e especificidade. Com o desenvolvimento de competências, pretende-se aprofundar determinada temática e/ou problemática, no papel de prestador de cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

O Projeto de Estágio incidiu na atuação do enfermeiro durante a prestação de cuidados às vítimas de violência interpessoal, que recorrem ao Serviço de Urgência. É fundamental que os cuidados prestados às vítimas de violência, por parte dos enfermeiros, sejam baseados em evidência científica.

A violência é um dos problemas da sociedade atual mais debatidos, e há cada vez mais a necessidade, dos serviços hospitalares darem uma resposta adequada a esta problemática, com serviços de apoio diferenciados de acordo com as necessidades de quem recorre aos Serviços de Urgência, após ter sido vítima de violência.

Este relatório foi enquadrado conceptualmente segundo o Modelo Teórico de June Larrabee – Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência.

Os estágios decorreram na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, no Hospital Doutor José Maria Grande em Portalegre, na Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira e no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

Para proceder à elaboração do enquadramento teórico do presente relatório, e para esta ter rigor científico, procedeu-se a uma revisão integrativa da literatura. Para a realização da revisão, foi realizada uma pesquisa na base de dados EBSCOHost e foram utilizadas como palavras-chave *victim of violence*, *nurse* e *emergency room*.

Deste modo, o objetivo geral do presente relatório é a contextualização e descrição do projeto individual de estágio realizado e implementado no Serviço de Urgência, bem como refletir acerca da aquisição das Competências Comuns e Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e competências de Mestre em Enfermagem, adquiridas e desenvolvidas, durante o 3º Mestrado em Associação.

Estruturalmente o presente relatório está dividido em quatro partes principais. Na primeira parte são descritos os contextos de estágio e analisada a prestação de cuidados nesses mesmos contextos. Na segunda parte, é feita a contextualização teórica e apresentadas as evidências científicas resultantes da pesquisa realizada. Na terceira parte é apresentado e explicado o Projeto de Intervenção em Serviço de acordo com a metodologia de projeto. Na última parte é realizada uma reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento das competências, enquanto enfermeiro especialista e mestre em enfermagem.

No presente relatório são utilizadas as normas de referência bibliográfica da 6ª edição da *American Psychological Association*, e encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português,

2. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Os estágios contemplados no plano de estudos deste Mestrado, tiveram lugar no Hospital Doutor José Maria Grande [HDJMG] em Portalegre. Este, pertence à Unidade de Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, que foi criada a 1 de Março de 2007, pelo Decreto de Lei nº50-B/2007, datado de 28 de Fevereiro de 2007. Inseridos na Unidade Local de Saúde Norte Alentejano [ULSNA], estão ainda o Hospital de Santa Luzia em Elvas, o Serviço de Urgência Básica [SUB] da Ponte de Sôr, e todos os Centros de Saúde do distrito de Portalegre. Esta Unidade Local de Saúde, abrange uma área de 6084 m², servindo cerca de 108 mil habitantes (PORDATA, 2018).

É missão desta Unidade Local, “Promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzem a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde” (ULSNA, 2020).

Esta instituição, assenta a sua missão nos seguintes valores:

¹ Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;

² Excelência técnica;

³ Acessibilidade e equidade dos cuidados;

⁴ Promoção da qualidade;

⁵ Ética, integridade e transparência;

⁶ Motivação e atuação pró-ativa;

⁷ Melhoria contínua;

⁸ Trabalho de equipa;

⁹ Respeito pelas normas ambientais.

Assente nestes valores e com o objetivo de cumprir a sua missão a ULSNA pretende “Construir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas (ULSNA, 2020).

2.1. Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente

A Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira [UCIDEM], da ULSNA, está situada no primeiro piso do Hospital Dr. José Maria Grande. Esta, é uma unidade de cuidados intensivos polivalentes e de cuidados intermédios, tendo um total de 10 camas, sendo destas, 5 de cuidados intensivos e 5 de cuidados intermédios.

Este serviço foi inaugurado no dia 14 de Maio de 1977 pelo Dr. Emílio Moreira, que motivou o nome atribuído a essa mesma unidade, tendo na altura um total de 5 camas. Até ao presente, o serviço sofreu várias alterações quer a nível estrutural, quer a nível dinâmico, com a finalidade de se ajustar às necessidades populacionais da atualidade.

Atualmente o serviço dispõe de um gabinete administrativo, uma copa, dois balneários (masculino e feminino), um gabinete médico, um gabinete destinado à enfermeira-chefe do serviço, uma sala de trabalho de enfermagem, um armazém de consumíveis, um depósito de sujos, duas salas de maiores dimensões, onde funcionam a Unidade de Cuidados Intensivos e a Unidade de Cuidados Intermédios e ainda uma outra sala com uma cama, destinada a doentes com necessidade de isolamento.

Na Unidade de Cuidados Intensivos as 5 unidades de doentes, têm uma unidade funcional independente das restantes e estão equipadas com equipamento de abordagem a doentes em situação crítica, como monitorização com telemetria e ventilador. Na Unidade de Cuidados Intermédios, dispõe também de 5 camas, com uma unidade funcional também independente, também dotada de equipamento de monitorização e ventilação. No entanto, uma das unidades de doente, está habitualmente reservada para doentes que necessitem de realizar tratamentos de hemodiálise.

O serviço dispõe de dois carros de emergência, cada um instalado em cada enfermaria, dois monitores de técnicas dialíticas, um ventilador não invasivo, um ecógrafo, um aparelho de *pacemaker* externo de aplicação provisória, um doseador de gases de sangue e um ventilador portátil, que permite o transporte de doentes com necessidade de ventilação. Dispõe ainda de várias seringas e bombas infusoras, acopladas à unidade de cada doente conforme a necessidade.

A UCIDEM é constituída em termos de recursos humanos por um médico responsável pelo Departamento de Urgência e Emergência, um médico Diretor de Serviço, 3 médicos anestesiologistas, 3 médicos intensivistas, 1 médico nefrologista, 2 médicos internistas, 2 médicos cirurgiões e 1 médico pneumologista. No que toca à equipa de enfermagem, é constituída por uma enfermeira-chefe e 27 enfermeiros, que asseguram a prestação de cuidados ao doente. Dispõe também de 10 assistentes operacionais e um secretário administrativo. Dos 28 enfermeiros, são 16 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, todos com experiência em UCI, igual ou superior a 5 anos. Destes 28 enfermeiros, 10 são enfermeiros especialistas nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Reabilitação e Saúde Comunitária. Os restantes 18 são enfermeiros generalistas, no entanto é importante ressaltar que destes, 4 se encontram a frequentar um curso de especialização pelo que é expectável que dentro de pouco tempo a UCI disponha de 14 enfermeiros especialistas.

Os registos de enfermagem são efetuados em suporte de papel, realizados em impresso próprio do serviço, onde consta a informação relativa ao doente e o histórico das últimas 24 horas e onde são registadas todas as informações, organizadas pelos vários campos que constam nesse mesmo impresso. No turno da tarde, é transcrito para o impresso do dia seguinte toda a informação do doente que deve ser tida em conta para as 24 horas seguintes. Apenas a terapêutica prescrita e o registo da terapêutica administrada são realizados em suporte informático, sendo para isso utilizado um *software* informático. No turno da noite, é preenchido uma escala de nome *Therapeutic Intervention Scoring System – 28* [TISS 28], com a qual são calculadas as dotações seguras para a prática de cuidados, consoante as intervenções de enfermagem a cada um dos doentes.

Neste serviço é adotado o método de trabalho de enfermeiro responsável.

Quer na Unidade de Cuidados Intensivos quer na Unidade de Cuidados Intermédios, existe um período de visita entre as 14 e as 15 horas, em que pode apenas estar um visitante de cada vez

junto do doente, num máximo de três visitas por utente e onde são também transmitidas pessoalmente, informações pertinentes sobre o estado de saúde dos doentes.

2.2. Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência [SU] do HDJMG, está incluído na categoria de Urgência Médico-Cirúrgica, estando a sua organização interna dividida em três partes distintas no que concerne à prestação de cuidados. A Urgência Geral, que tem como finalidade a prestação de cuidados a doentes urgentes e/ou emergentes, o Serviço de Observação [SO], que tem como finalidade a prestação de cuidados com o objetivo de vigiar e estabilizar o estado de saúde dos doentes, que aí permanecem em regime de internamento. Por último, a Urgência Pediátrica, que tem como finalidade a prestação de cuidados a doentes urgentes e/ou emergentes com idade inferior a 18 anos.

O serviço está localizado no 2º piso do HDJMG, tendo acesso direto ao Serviço de Imagiologia e ao Laboratório de Patologia Clínica, para onde são encaminhados os doentes que recorrem ao SU e necessitem de exames complementares de diagnóstico, e também os restantes utentes dos Centros de Saúde que fazem parte da ULSNA, que necessitem de realizar esses mesmos exames.

Quando existe essa necessidade há ainda uma articulação entre o SU e hospitais centrais como é o caso do Hospital do Espírito Santo em Évora e o Hospital de Santa Maria ou o Hospital de São José em Lisboa, para onde são encaminhados os doentes que careçam de cuidados especializados em áreas que não existam no SU do HDJMG.

A Urgência Geral é constituída por dois balcões, sendo estes azul/verde e amarelo/laranja, onde são realizados tratamentos aos doentes consoante a cor atribuída na triagem feita à entrada, e dois gabinetes médicos.

No momento da entrada no SU, o doente efetua a sua inscrição nos serviços administrativos e é triado pelo enfermeiro que se encontra no posto de triagem, onde é atribuída uma pulseira com

a cor correspondente, sendo depois encaminhado para a sala de espera comum onde aguarda para ser observado por um dos médicos de triagem.

Sempre que a situação assim o exige o doente pode ser encaminhado diretamente para o balcão, se tiver pulseira laranja, ou para a sala de emergência, se tiver pulseira vermelha ou necessitar de maior vigilância. Sempre que a situação o justifique, o doente é observado por mais que uma especialidade médica, dando cada uma o seu parecer, para a obtenção de diagnóstico.

A sala de emergência, é constituída por dois postos de atendimento e está equipada com todo o material disponível para dar resposta a situações emergentes.

O SO, é composto por duas enfermarias, com a totalidade de 18 camas, sendo estas camas muitas vezes insuficientes para o número de doentes internados, e ficando estes internados no corredor do serviço.

Quando o doente que recorre ao SU tem idade inferior a 18 anos, após a triagem é encaminhado para o Serviço de Urgência Pediátrica, funcionando este serviço em espaço próprio, com funcionamento diário entre as 08 e as 24 horas, assegurado por um enfermeiro do Serviço de Pediatria, e entre as 00 e as 08 horas assegurado pelo enfermeiro do SU Geral. Sempre que a situação o justifique, e independentemente do horário, o doente é encaminhado para a sala de emergência.

Em ambos os serviços, é utilizado o software Alert® onde é registada toda a informação e constam todas as informações médicas e de enfermagem, prescrições terapêuticas e procedimentos a realizar. Este software, tem ainda ligação aos softwares utilizados nos exames complementares de diagnóstico, o que permite que os mesmos sejam visualizados pelos utilizadores do Alert®. Este software permite ainda que sejam visualizados episódios anteriores de urgência, o que permite obter todo o historial do doente em contexto de urgência.

Atualmente em termos de recursos humanos o serviço é composto 1 médico responsável pelo Departamento de Urgência e Emergência, 1 médico Diretor de Serviço, por uma enfermeira-chefe e 49 enfermeiros, estando destes 44 em horário de *roulement* e 5 em horário fixo, que asseguram a prestação de cuidados aos doentes que recorrem ao SU Geral e aos doentes internados em SO. Dispõe ainda de 24 Assistentes Operacionais, 1 Secretário Administrativo e 7 Secretários de Unidade. Dos 49 enfermeiros, são 32 do sexo feminino e 17 do sexo masculino, todos com

experiência no SU, igual ou superior a 2 anos, exceto os enfermeiros que se encontram a realizar contratos de substituição a colegas que se encontram ausentes do serviço por motivos de saúde. Dos 50 enfermeiros, 14 são enfermeiros especialistas nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Reabilitação e Saúde Comunitária. Os restantes 36 são enfermeiros generalistas, no entanto é importante ressaltar que destes, 6 se encontram a frequentar o curso de especialização pelo que é expectável que dentro de pouco tempo o SU disponha de 20 enfermeiros especialistas.

As equipas de enfermagem são fixas, tal como as equipas de Assistentes Operacionais. Cada equipa tem um enfermeiro responsável, que distribui o pessoal por cada posto de trabalho no turno correspondente.

Enquanto que na Urgência Geral é utilizado o método de distribuição por posto de trabalho, no SO é usado o método individual.

Os doentes que se encontrem na Urgência Geral, têm o direito a ter um acompanhante de forma permanente. Já no SO, existe um período de visita entre as 14 e as 15 horas, em que pode apenas estar um visitante de cada vez junto do doente e onde são também transmitidas pessoalmente, informações pertinentes sobre o estado de saúde dos doentes.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1. Modelo Teórico de June Larrabee: Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência

A prática, baseada na evidência é a integração de “conhecimento clínico individual com a melhor evidência clínica externa, disponível de pesquisa sistemática recente” (Rosswurm & Larrabee, 1999, p. 318). Os resultados combinados de pesquisas com relevância clínica, experiência clínica e preferências dos utentes, são a fonte das melhores evidências, de modo a garantir um atendimento individualizado.

As mudanças que existiram nos sistemas de saúde, bem como o crescimento que ocorreu na integração dos sistemas, vieram intensificar o esforço por parte dos enfermeiros para aceder a novas informações sobre melhores cuidados prestados e principalmente mais eficazes, que vieram aprimorar as contribuições da enfermagem para o resultado dos doentes que carecem dos seus cuidados. Atualmente, os enfermeiros não podem confiar apenas na experiência clínica, na logística fisiopatológica e nos processos baseados em opiniões (Rosswurm & Larrabee, 1999, p. 317).

A juntar às formas anteriormente descritas, os enfermeiros devem também aprender a realizar pesquisas em bases de dados científicas, conseguir avaliar criticamente os resultados que advêm dessas mesmas pesquisas e saber sintetizar as evidências que embora empíricas, são contextualmente relevantes. É estritamente necessário que os enfermeiros tenham a capacidade de questionar as suas práticas atuais e ir de encontro às melhores alternativas. Assim, é essencial que os enfermeiros adquiram a capacidade de ter um pensamento crítico e uma metodologia baseada na evidência científica na sua tomada de decisão, com vista a maximizar a qualidade da prestação de cuidados (Rosswurm & Larrabee, 1999, p. 317).

A confirmar esta realidade foram desenvolvidas várias iniciativas nacionais e internacionais com vista à facilitação da prática baseada na evidência, que levaram a um aumento exponencial do número de estudos de pesquisa clínica, sendo particularmente estudos que utilizaram

metodologias como ensaios clínicos randomizados, meta-análise, e estudos dos resultados dos doentes. Estes estudos, constituem a base para a mudança de paradigma da tradição e prática orientada pela intuição dos profissionais de saúde, para um novo paradigma da prática baseada na evidência (Rosswurm & Larrabee, 1999, p. 318).

A prática baseada na evidência pode ser definida como o uso da melhor evidência científica, no momento da tomada de decisões sobre os cuidados a prestar ao doente. A evidência, deve resultar de pesquisas realizadas por enfermeiros e outros profissionais de saúde consciencializados da necessidade de basear as suas decisões específicas em evidências, de onde resultam decisões clinicamente corretas, com menor custo e que visem aumentar dos resultados clínicos do doente (Polit & Beck, 2018).

Numa fase inicial ainda enquanto aluno de enfermagem são adquiridos conhecimentos através da pedagogia transmitida pelo corpo docente, dos manuais e das normas clínicas que são colocadas à disposição dos discentes, enquanto, que como profissional a aquisição de conhecimentos resulta da observação de outros profissionais de saúde. Estando a evidência em constante evolução, a aprendizagem por parte do profissional irá ter como duração o tempo que o próprio exercer a profissão (Polit & Beck, 2018).

“Um paradigma é uma visão do mundo, uma perspetiva geral sobre as complexidades do mundo real”. A investigação científica em enfermagem, provém de dois principais paradigmas, ambos com legitimidade dentro da enfermagem (Polit, Beck, & Hungler, Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação e utilização, 2004)

O paradigma positivista defende que existe uma realidade lá fora que pode ser estudada e conhecida. É presumido que existe uma realidade objetiva independente da observação humana. Para os positivistas os fenómenos têm causas antecedentes, não sendo por isso casuais ou aleatórios. Neste paradigma a atividade do pesquisador é centrada na compreensão das causas subjacentes dos fenómenos naturais. Os positivistas tentam na sua pesquisa pelo conhecimento, ser tao objetivos quanto possível, devido à sua crença fundamental na realidade objetiva (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

O paradigma naturalista defende que a realidade não é fixa, mas sim uma constante e evolutiva construção do conhecimento dos indivíduos que participam da pesquisa, sendo por isso possíveis muitas construções. Este paradigma surge como um movimento contrário ao positivismo. O

paradigma naturalista presume que o conhecimento e a distância entre pesquisador e participantes são inversamente proporcionais, ou seja, o conhecimento é maximizado quando a distância foi minimizada. Os resultados da investigação naturalista são o resultado da interação entre o pesquisador e os participantes (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

O Presidente da Comissão Consultiva sobre Proteção e Qualidade do Consumidor no Setor da Assistência Médica, relatou em 1998 que para haver uma melhoria nos cuidados prestados, é necessário que haja um compromisso de oferecer assistência médica, baseada em evidências científicas solidas, bem como a inovação contínua de novas práticas e abordagens preventivas nos cuidados prestados (Rosswurm & Larrabee, 1999, p. 317).

Na prática baseada na evidência são identificadas as melhores evidências de pesquisa disponíveis, integrando-as noutros fatores, no momento da tomada de decisão. Este paradigma defende que a decisão clínica deve ser suportada pelas evidências de pesquisa mais atuais, a experiência adquirida, as circunstâncias do local e a preferência dos doentes (Polit & Beck, 2018).

O atual modelo surge da revisão do modelo original após sugestão do revisor. Quer o modelo atual quer o anterior, foram desenvolvidos para mudanças planeadas na prática e para serem utilizados por enfermeiros e outros profissionais de saúde. O modelo revisado, foi inspirado pela experiência das autoras aquando do ensino e orientação dos enfermeiros na aplicação do modelo original, e da sua experiência na orientação de enfermeiros ao uso da pesquisa. Presentemente, o modelo tem a seguinte disposição:

- ¹ Avaliar a necessidade de mudança da prática;
- ² Localizar as melhores evidências;
- ³ Fazer uma análise crítica das evidências;
- ⁴ Projetar a mudança da prática;
- ⁵ Implementar e avaliar a mudança da prática;
- ⁶ Integrar e manter a mudança da prática.

O atual modelo tem como principais alterações ao anterior a combinação das etapas 1 e 2 numa etapa única e a divisão da etapa 3 original em 2 etapas distintas (Larrabee, 2011).

Na primeira fase, é feita a identificação e a inclusão das partes interessadas no problema da prática, recolha de dados internos sobre a prática, comparação dos dados internos com os dados externos com a finalidade de confirmar a necessidade de mudança da prática, identificar o problema da prática e fazer a ligação entre o problema, as intervenções e os resultados. As mudanças na prática podem ser estimuladas pela consciencialização de preferências e pela insatisfação do doente. (Larrabee, 2011).

Na segunda fase, é feita a identificação do tipo e das fontes de evidência, revisão dos conceitos das pesquisas e planificação e condução da pesquisa. Nesta fase, estão incluídos instrumentos para avaliação crítica de estudos qualitativos e quantitativos, linhas guia de prática clínica e revisões sistemáticas. Podem também ser desenvolvidas tabelas para organizar os dados sobre os estudos precedendo a análise (Larrabee, 2011).

Na terceira fase, é feita a análise crítica e avaliação da força das evidências, sintetização das melhores evidências e avaliação da viabilidade, dos benefícios e dos riscos da nova prática. No fundo, é avaliado se a evidência existente leva claramente para uma mudança na prática existente. Nesta fase, estão incluídos instrumentos de análise crítica de estudos quantitativos e qualitativos e revisões sistemáticas já preenchidas (Larrabee, 2011).

Na quarta fase, é feita a definição da mudança proposta, identificação dos recursos necessários, planeamento e avaliação do projeto e implementação do plano. Nesta fase, estão incluídas a utilização de líderes de mudança, líderes de opinião, sessões educativas e auditoria. Está adjacente uma descrição das várias variáveis do processo e uma sequência detalhada das atividades para a mudança da prática, que pode ser feita através de protocolo, procedimento ou padrão. (Larrabee, 2011).

Na quinta fase, é feita a implementação do estudo. Se o coordenador do estudo acompanhar de forma próxima e direta todo o processo, estando disponível para o esclarecimento dos profissionais abrangidos, a implementação tem maior probabilidade de ser bem-sucedida. Nesta fase, estão incluídos o desenvolvimento de conclusões e recomendações e a avaliação do processo, resultados e custos associados (Larrabee, 2011).

Na sexta fase, é feita a comunicação da mudança recomendada às partes interessadas, integração da nova prática, monitorização dos indicadores dos resultados. Nesta fase, são iniciadas as estratégias de mudança, se os resultados obtidos forem ao encontro da integração da nova

prática. É fundamental ter a percepção do ambiente organizacional, sempre que se verifique a implementação de novas práticas (Larrabee, 2011).

Atualmente, vivemos uma mudança de paradigma na atuação dos profissionais de saúde de um modo geral, com práticas baseadas em evidência que visem a melhoria do atendimento e dos cuidados prestados. Os profissionais devem ser dotados de conhecimentos que permitam obter, analisar, interpretar e pôr em prática a melhor evidência científica tendo em conta os dados dos doentes e a observação da prática de outros colegas (Rosswurm & Larrabee, 1999).

3.2. Violência

A palavra violência, tem origem no latim *violentia* ou qualidade de *violentus*. Esta deriva de *vis* que significa “força” e *olentus* que significa “abundância”. Na sua etimologia, significa “aquele que atua com muita força. É a qualidade daquilo ou daquele que é violento ou a ação e efeito de violentar outrem ou violentar-se. Por sua vez, o violento é aquele que está fora do seu natural estado, situação ou modo. Do ponto de vista jurídico, violência é “constrangimento exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a fazer um ato qualquer (Periberan, 2020).

Na história da humanidade a violência acompanhou desde sempre o pensamento e o comportamento dos humanos, sendo encarada, no entanto de diversas formas, nas diferentes civilizações. No entanto, atualmente, não se pode considerar o comportamento violento como parte inevitável à condição humana, sendo considerado reprovável e condenável, pelos efeitos nefastos que a curto e médio prazo, podem ter na qualidade de vida e não saúde quer individual, quer das populações, estando esta problemática encarda como uma questão de Direitos Humanos e de Cidadania, que estão consagrados em vários instrumentos internacionais (Direção Geral de Saúde, 2016).

Os comportamentos agora reprovados e considerados abusivos, que constituem um crime e que são normalmente perpetrados contra mulheres crianças e idosos, existiram sempre ao longo da história da humanidade, sendo até considerados social e culturalmente legitimados e em alguns países, chegando mesmo a ter sustentação legal (Magalhães, 2010).

Krug (2002), define violência, como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

Lisboa (2006), refere que “não há propriamente uma única definição de violência, ainda que nas sociedades ocidentais atuais se atribua tal designação a um número cada vez maior de atos e situações. A proliferação e significados, nem sempre coerentes com a gravidade e as características do significante, obrigam a que se faça um esforço de reflexão, procurando identificar por detrás do termo, os processos e as dinâmicas sociais que estão associadas à atribuição de tal rótulo” (Lisboa, et al., 2006).

Outra definição de violência é um comportamento realizado de forma voluntária, direto ou indireto, que surge, num ambiente de interação ou relação entre pelo menos duas partes envolvidas, em que existe uma situação de desigualdade de poder, caracterizada pelo uso de força, coação ou intimidação, que pode ser de carácter individual ou coletivo, que pode comportar vários níveis de gravidade, e atinge a vítima nas suas necessidades, integridade física e moral, nos seus pertences e/ou nas suas participações simbólicas e culturais, e que causa dano, prejuízo e sofrimento (Magalhães, 2010).

O conceito de violência tem ao longo dos tempos assumido um carácter dinâmico e pouco consensual. A forma como as práticas violentas são abordadas ou classificadas, varia consoante as áreas científicas ou a posição assumida por diferentes organizações. Também os diferentes contextos socioculturais, têm uma interpretação diferente da violência, principalmente na legitimação ou reprovação dessas mesmas práticas. Além disso, um ato violento pode ser entendido de perspetivas diferentes, tendo por base a forma como este é vivido quer por parte do agressor, quer por parte da vítima ou mesmo da sociedade envolvente (Direção Geral de Saúde, 2016).

A violência interfere em diversas áreas como a fé, a liberdade ou a integridade física, sendo por isso, “um ataque ao exercício de um direito reconhecido como fundamental ou a uma conceção do desenvolvimento humano possível num dado momento, ou seja, comporta sempre uma violação” (Magalhães, 2010).

Há, no entanto, uma ligação entre a violência e as representações sociais, e pode ser tida positiva ou negativamente, tendo em conta se é admitida ou recusada pela sociedade em questão. Quando falamos de violência perpetrada por grupos sociais oprimidos quando se revoltam contra algo que consideram injusto contra si, poderá não ser bem vista ou legitimada, e considerada como desordem. Em contrapartida, quando há o exercício de violência exercida pela tutela com finalidade de reprimir atos de vandalismo, esta já é aceite como necessária e legítima, uma vez que contribui para a reposição da ordem social e assim não é um ato condenado pela sociedade (Magalhães, 2010).

Muitas das práticas perpetradas atualmente não são novas e têm as suas raízes na história das culturas e das sociedades e passam de geração em geração através dos valores e das crenças transmitidas. Atualmente, houve uma mudança na forma como os Direitos Humanos são encarados, mas continua a existir um problema de violência que tem repercussões graves ao nível social, familiar, económico, político e cultural. Apesar de ser reconhecido o esforço na elaboração de resoluções e leis por parte da grande maioria dos estados, estas não têm sido suficientes para mudar os valores e as mentalidades e erradicar de vez a problemática da violência (Magalhães, 2010).

3.2.1. Tipos de Violência

De forma a esmiuçar a problemática em questão, do ponto de vista de quem a perpetua, é indigitada a existência de três grupos distintos:

¹ Violência Autodirigida;

² Violência Interpessoal;

³ Violência Coletiva.

Cada um destes grupos engloba ainda dentro de si diferentes tipos de violência mais específicos. É de salientar, que em múltiplas situações é detetada uma associação entre diferentes tipos de violência. (Direção Geral de Saúde, 2016).

Violência autodirigida

Entende-se por violência autodirigida, todos os atos suicidas (suicídio e comportamentos parasuicidários) e outros comportamentos que sejam autolesivos, como é o caso das automutilações. Neste tipo de violência, podem estar inseridos atos de natureza física, psicológica e de privação ou negligência (Direção Geral de Saúde, 2016).

Violência interpessoal

Entende-se por violência interpessoal, os atos violentos perpetrados a indivíduos de ambos os sexos, próximos ou não e que podem ser divididos em duas subcategorias, a violência familiar ou entre parceiros e a violência na comunidade. Esta divisão é feita tendo por referência a pessoa que é vítima de violência.

No primeiro grupo estão incluídos os maus tratos a crianças e jovens, a violência contra pessoas idosas e a violência entre parceiros íntimos, conjugues ou não, e diz respeito tanto a casais heterossexuais como a casais homossexuais.

No segundo grupo estão incluídos os atos violentos que ocorrem tanto no círculo de pessoas próximas de quem é maltratado, como a quem se encontra fora dele. Está incluída violência juvenil, atos fortuitos violentos, assédio e/ou abuso sexual e/ou violação por parte de estranhos e a violência em contexto institucional, como é o caso de locais de trabalho, escolas, estabelecimentos prisionais, lares de acompanhamento, etc. Neste tipo de violência, podem estar inseridos atos de natureza física, sexual, psicológica e de privação ou negligência (Direção Geral de Saúde, 2016).

Violência coletiva

Entende-se por violência coletiva, aos atos cometidos por grupos alargados de indivíduos, ou formalmente, pelos próprios estados e que, pode ter motivações tanto de carácter social, como de carácter político ou económico. Neste tipo de violência, podem ainda estar inseridos todos os atos de natureza física, sexual, psicológica e de privação ou negligência (Direção Geral de Saúde, 2016).

3.2.2 Natureza da Violência

No que toca à natureza da violência, estes atos podem ser concretizados das seguintes formas:

¹ Violência Física;

² Violência Psicológica;

³ Violência Sexual

⁴ Privação e Negligência

No entanto, na maioria das vezes acontecem em simultâneo duas ou mais das formas enumeradas (Direção Geral de Saúde, 2016).

Violência física

Entende-se por violência física, todo e qualquer comportamento onde esteja implícita uma agressão física. Estão incluídos, crimes de ofensa à integridade física, maus tratos físicos, intervenções e tratamentos médicos arbitrários. São sinais de violência física, lesões sem explicação aparente como feridas, arranhões, hematomas ou mesmo cicatrizes recentes (APAV, 2014).

Referem-se a violência física, todas as ações tidas de forma intencional que provoquem ou possam provocar danos físicos na vítima. Podem ocorrer de forma isolada ou repetida, e podem deixar, ou não, marcas evidentes. Este abuso físico, pode variar na severidade, mas mesmo atos que aparentemente parecem menos severos, podem resultar em lesões graves ou mesmo fatais. Lesões físicas traumáticas, asfixia, empurrões, puxões de cabelo, embater com a cabeça da vítima numa superfície dura, abanões violentos, sufocação, estrangulamento ou submersão, intoxicação ou *Síndrome de Munchausen*, são outras formas de expressão de violência física. De mais difícil deteção são casos de intoxicações intencionais, como a administração abusiva de fármacos.

Violência psicológica

Entende-se por violência psicológica, todo e qualquer comportamento que tenha como finalidade provocar intencionalmente na pessoa, dor ou angústia através de ameaças ou intimidação de forma verbal ou não verbal. Estão incluídos insultos, ameaças, humilhações ou intimidações, isolamento social ou a proibição de atividades normais à vítima. São sinais de violência psicológica, insónias, a vítima aparentar isolamento ou estar emocionalmente perturbada, manifestar recusar participar em atividades sem razão aparente e ter medo de outras pessoas (APAV, 2014).

Referem-se a violência psicológica, atos de natureza intencional, em que exista ausência ou falha, de forma persistente ou por tempo significativo, de forma ativa ou passiva, que seja de suporte afetivo e de reconhecimento das necessidades emocionais da vítima, que causem instabilidade emocional ou social, no desenvolvimento físico, mental, emocional, moral ou social. Aqui se inserem insultos, humilhações, críticas, ridicularizações ou negações de afeto, indiferença e desprezo. Estes comportamentos, podem ocorrer em público ou em privado e podem surgir através de palavras ou comportamentos ameaçadores ou intimidatórios para com a vítima (Magalhães, 2010).

Por se tratar de um abuso de baixa visibilidade é extremamente difícil efetuar um diagnóstico assertivo. Por ter como objetivo o domínio e controlo da vítima, para que esta se torne submissa e evite que reaja ou revele o abuso, este está presente em todas as formas de violência, pelo que apenas deve ser considerado como tal, quando constituir a única forma de abuso. A exposição de crianças a situações de violência doméstica extrema e/ou repetida entre adultos da mesma família, o encorajamento à delinquência, a perseguição vulgarmente conhecida como *stalking*, o isolamento social, a privação de liberdade são outras formas de expressão de violência psicológica (Magalhães, 2010).

Violência sexual

Entende-se por violência sexual, todo e qualquer comportamento, que vise obter gratificação sexual por parte do agressor, através do abuso de poder que tem sobre a vítima, sem o consentimento desta, sendo induzida ou obrigada a práticas sexuais, através ou não, do recurso à violência. São sinais de violência sexual, hematomas nos seios ou genitais, hemorragias genitais

ou anais sem explicação aparente e doenças venéreas ou infecções nos genitais inesperadas (APAV, 2014).

Violência sexual no caso dos adultos, consiste em obrigar a vítima a manter relações sexuais ou comportamentos sexuais específicos, ainda que contra a sua vontade, podendo ser usada violência física ou psicológica. Esta forma de violência pode ocorrer dentro ou fora do contexto familiar, o que por si só, significa que se pode verificar dentro de uma relação conjugal ou similar. No entanto, em determinadas culturas ou através de alguns mitos, muitas mulheres entendem que têm por obrigação estar sujeitas a este tipo de comportamento, não se vendo a si mesmas como vítimas nem revelando o abuso. Expor a vítima a práticas sexuais ou pornografia, forçar a vítima a ter relações sexuais com terceiros ou lesões nos genitais, como queimaduras, a inserção de objetos ou a mutilação genital, são exemplos de violência sexual (Magalhães, 2010).

No caso das crianças, consiste na envolvimento destas em práticas que tenham como objetivo a gratificação ou satisfação sexual do adulto ou jovem mais velho, estando este numa posição de poder ou autoridade sobre a vítima. Na maioria dos casos as vítimas não têm o discernimento nem a maturidade para compreender estas práticas, para as quais não está preparada pelo seu desenvolvimento, às quais não tem capacidade para dar consentimento informado e que são uma violação da lei em vigor. As práticas podem ocorrer dentro ou fora do contexto familiar, e de forma ocasional ou permanente, ao longo da infância. Pode, ou não, existir contacto físico entre o perpetrador e a vítima. Obrigar a vítima a tomar conhecimento ou presenciar conversas, espetáculos, objetos pornográficos ou atos exibicionistas, são exemplos de violência sexual. Outros exemplos são utilizar a criança em fotografias, filmes ou gravações pornográficas, práticas sexuais, manipulação genital, praticar coito oral, anal e/ou vaginal para satisfação do perpetrador (Magalhães, 2010).

Privação e negligência

Entende-se por privação ou negligência, todo e qualquer comportamento em que seja omitido auxílio do responsável pela vítima, em providenciar as necessidades humanas básicas, necessidades que sejam necessárias à sua sobrevivência. Estão incluídos os crimes de omissão de auxílio e de não providenciar o acesso aos cuidados de saúde que a vítima necessite. São sinais de privação ou negligência, a perda de peso, desnutrição ou desidratação por parte da vítima, a falta

de condições de higiene e segurança quer da habitação, quer da vítima e o vestuário inapropriado à estação do ano (APAV, 2014).

Corresponde a um comportamento regular de omissão, relativamente aos cuidados a ter com uma pessoa que está sob dependência, não lhe proporcionando a satisfação das necessidades humanas básicas como a higiene, alimentação, habitação, segurança, cuidados de saúde, afeto e no caso das crianças não proporcionando educação. Destes comportamentos, resultam danos na saúde, desenvolvimento seja este físico, mental, emocional, moral ou social. Estes casos, devem, no entanto, ser avaliados, tendo em conta a particularidade do contexto dos recursos disponíveis pela família ou cuidadores. O abandono físico é considerado como a forma mais grave de negligência e é caracterizado pelo completo desamparo, seja este temporário ou de forma permanente, por parte do cuidador ou responsável, pela garantia das necessidades humanas básicas, necessárias à sobrevivência, com o mínimo de qualidade e dignidade exigíveis (Magalhães, 2010).

Pode ainda ser utilizado o termo autonegligência, quando se quer falar da incapacidade de um indivíduo desempenhar tarefas de autocuidado e que constituem uma ameaça à sua saúde e segurança (Magalhães, 2010).

Violência financeira ou económica

Entende-se por violência financeira, todo e qualquer comportamento que vise a apropriação ilícita de património. Esta apropriação, pode ser realizada quer por familiares, quer por instituições ou profissionais. São constituídas práticas de violência financeira ou económica, forçar o titular a assinar um documento sem saber a que se destina, forçar a vítima a celebrar um contrato, procuração ou a alterar o testamento e decidir sobre o património de outrem sem a sua autorização (APAV, 2014).

Embora a sua classificação no que se refere à forma de violência seja dúbia, normalmente a exploração pela mendicância e a exploração pelo trabalho são normalmente consideradas como violência financeira. Não obstante, ambas podem também ser vistas como negligência ou abuso físico, por tudo o que acarretam para a vítima (Magalhães, 2010).

3.2.3. Epidemiologia da Violência

Os dados epidemiológicos referentes à violência, são por norma de difícil apuração resultado da pluralidade de terminologias existentes, entendimentos diferentes do facto de a maioria destes atos recaírem sob a alçada judicial o que também é uma condicionante. De modo a combater essas dificuldades, a Organização Mundial de Saúde [OMS], em colaboração estreita com a Organização das Nações Unidas [ONU] apontaram a uniformização da recolha, tratamento e uniformização dos dados relacionados com a violência como uma prioridade, com vista a conhecer o verdadeiro impacto atual. Assim, em 2014 ambas as organizações publicaram o *Global Status Report on Violence Prevention* apresentando dados relativos ao ano de 2012, estimando cerca de 475000 mortes resultantes de homicídio, referindo-se 60% destas mortes a homens com idades compreendidas entre os 14 e os 44 anos (Direção Geral de Saúde, 2016).

No entanto, ambas as organizações referem que as mortes são apenas uma fração daquilo que a violência representa na saúde dos indivíduos e na sociedade em geral e que quem mais sofre de maus tratos físicos, psicológicos e sexuais são as mulheres, as crianças e as pessoas idosas. Referem ainda que uma em cada quatro pessoas adultas foi vítima de maus tratos enquanto criança, uma em cada cinco mulheres refere ter sido vítima de abuso sexual em criança, uma em cada três mulheres refere ter sofrido em algum momento da vida atos de violência física ou sexual nas relações de intimidade e que das pessoas idosas inquiridas uma em cada dezassete referiu ter sido vítima de maus tratos o mês anterior (Direção Geral de Saúde, 2016).

Atualmente existem ainda sociedades, principalmente no continente Africano e Asiático, que aceitam como corretos, comportamentos que em países mais ocidentais são tidos como abusivos e não são aceites como socialmente corretos. Existiu na região mais ocidental, uma mudança de características, valores e paradigmas das sociedades e culturas em que vivemos atualmente, quanto à legalidade e à legitimidade que são agora interpretados como abusivos, em concordância com o que agora são considerados os Direitos do Homem (Magalhães, 2010).

Também em 2014 a OMS publicou a folha informativa *European Facts and Global Status Report on Violence Prevention* com dados recolhidos em 41 dos 53 países que integram a OMS região Europeia. Nestes países foi apurado que no ano de 2012 cerca de 35000 pessoas foram vítimas de homicídio e por cada homicídio que ocorre, 43 pessoas são internadas nos hospitais e

262 recorrem a serviços de urgência para lhe serem prestados cuidados por motivos de violência. Apurou-se ainda que centenas de milhões de indivíduos na Europa são afetados por violência interpessoal não fatal e existe uma forte relação entre o consumo nocivo de álcool e a violência (Direção Geral de Saúde, 2016).

No entanto, é importante referir que os dados da mortalidade apenas revelam uma pequena parte dentro da problemática da violência. A maioria dos atos violentos, dão-se no seio familiar e não há documentação dos mesmos, motivado pela persistência de tolerar a violência como se de um ato normal se tratasse, aceitando a mesma como uma prática comum. Há também uma preparação inadequada por parte dos profissionais de saúde para detetar e sinalizar estes casos. Também o funcionamento dos próprios sistemas de registo e referenciação é precário, o que torna a sistematização pouco rigorosa (Direção Geral de Saúde, 2016).

Em Portugal a violência doméstica e a violência de género têm sido os tipos de violência mais investigados, mas mesmo assim permanece a ideia de que os dados recolhidos estão muito aquém da realidade. Entre 1994 e 1997 foi realizado o primeiro inquérito sobre vitimização feminina, questionando 1000 mulheres residentes em Portugal continental com idades superiores a 18 anos. Esse estudo evidenciou que as mulheres mais novas e com maior grau de formação eram por norma as mais atingidas por atos de violência, principalmente violência sexual e discriminação sociocultural. Já a violência física era mais relatada por mulheres mais velhas e com menor grau de formação. No que toca a violência psicológica, esta era transversal a todos os escalões etários, níveis de formação e categoria sociocultural. A maioria dos atos, ocorriam em casa, sendo o agressor maioritariamente do sexo masculino e vivendo com a vítima numa relação de conjugalidade (Direção Geral de Saúde, 2016).

Em 2004 a DGS realizou uma investigação com o objetivo de estudar a relação entre a saúde das mulheres e os atos de violência que dos quais tenham sido vítimas. Para essa investigação, foram inquiridas 2300 mulheres, também residentes em Portugal continental. Apurou-se que existe uma prevalência de 34% e a violência é perpetrada maioritariamente pelo conjugue ou ex. O estudo concluiu que as mulheres vítimas têm uma maior probabilidade de sofrerem de problemas de saúde física e psicológica, comparando com as não vítimas (Direção Geral de Saúde, 2016).

Posteriormente, entre 2007 e 2008 foi realizado o primeiro inquérito nacional sobre a violência de género. Este inquérito foi pioneiro em Portugal e o segundo a nível europeu, por integrar

homens na sua amostra de 2000 pessoas. Este estudo teve como objetivo conhecer de forma quantitativa e qualitativa a evolução da violência contra as mulheres e avaliar quantitativamente a extensão e os padrões de violência que era exercida sobre os homens. O estudo apontou uma vitimização feminina e masculina semelhante à encontrada internacionalmente. Nesse estudo 42,5% dos homens referiam ter sido vítimas de agressões físicas, psicológicas e sexuais, valor superior aos 38% obtidos nas mulheres. Assim, e comparando com o estudo realizado cerca de 10 anos antes, a vitimização feminina diminuiu de 48% para 38%. Verificou-se ainda um aumento do recurso a serviços especializados como forças de segurança, serviços de saúde e redes de apoio, bem como a opção pelo divórcio. (Direção Geral de Saúde, 2016).

Noutro estudo realizado entre 2008 e 2009 no arquipélago dos Açores, os resultados obtidos foram semelhantes aos obtidos no continente, mas de salientar a prevalência da vitimização feminina de 53% nesta região (Direção Geral de Saúde, 2016).

A APAV no seu relatório anual, refere que nesse ano foram registados 46371 atendimentos, onde se refletiram 11795 novos processos, de onde foram possíveis identificar 9344 vítimas e 20589 crimes ou outras formas de violência. Foram identificados 9665 autores de crimes, sendo 80% do sexo masculino (APAV, 2019).

No que diz respeito a casos específicos de violência contra idosos, um estudo realizado em 2011 em conjunto com outros países europeus, revelou que 39% das mulheres idosas eram vítimas de maus tratos, sendo o marido ou companheiro o principal agressor. Destas, apenas 26,1 % das vítimas procuraram ajuda e dessas apenas 6,3% recorreram a serviços de saúde (Direção Geral de Saúde, 2016).

Uma investigação realizada em 2014 pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge teve como objetivo conhecer o retrato social de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que recorreram a apoio por serem vítimas de violência no seio familiar. Estas eram sobretudo mulheres, com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos, casadas e a residir maioritariamente em agregados de duas pessoas. Na sua maioria, eram reformadas com baixo grau de escolaridade e haviam desempenhado profissões pouco qualificadas. Dessa investigação compreendeu-se que 88% referia ter sido vítima de agressões físicas, 70% de agressões psicológicas, 48% de violência financeira ou económica, 8% havia sido vítima de violência sexual e 7% vítima de negligência (Direção Geral de Saúde, 2016).

No que diz respeito a casos específicos de violência e maus tratos em crianças e jovens, e segundo o Relatório Anual da Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco de 2013, foram instaurados 30344 processos de promoção e proteção nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. Neste relatório, consta ainda que dos processos referidos anteriormente, 94,5% ocorreram em contexto de violência doméstica e juridicamente está incluído na categoria “Exposição a situações que comprometem o bem-estar e o desenvolvimento da criança”. As idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, regista o valor mais alto, comparativamente com o escalão etário dos jovens com idade superior a 15 anos que regista o valor mais baixo (Direção Geral de Saúde, 2016).

Em 2013 foram criadas pelo Despacho nº 6378 as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos [EPVA], e têm como objetivos contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais, administrativos e técnicos, dos diferentes serviços, para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo da vida; difundir informação de carácter legal, normativa e técnica sobre o assunto; incrementar a formação e preparação dos profissionais na matéria; prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos (Diário da República nº 94/2013 – II Série, 2013).

Por sua vez em 2017, foram criadas pelo Despacho nº 5656 os Núcleos Hospitalares de Crianças e Jovens em Risco [NHCJR], e têm como objetivos permitir uma mais completa caracterização epidemiológica do problema das crianças e jovens em risco; monitorizar e vigiar todas as crianças e jovens assistidos no hospital com indicadores de risco, suspeita ou evidência de negligência, maus tratos, abuso ou abandono; gerir as situações com carácter de urgência em matéria de perigo e que transcendam as capacidades de intervenção das equipas de saúde; documentar de forma mais rigorosa a intervenção dos serviços de saúde neste domínio (Diário da República nº 123/2017 – II Série, 2017).

3.2.4. Orientações para os enfermeiros na abordagem ao adulto vítima de violência

O fenómeno da violência tem ganho visibilidade ao longo dos anos, quer em Portugal, quer a nível internacional, constituindo uma grave violação dos direitos humanos, tendo um forte impacto

na população e com elevados custos associados, estando de acordo com a Organização Mundial de Saúde a atingir o nível de pandemia (Direção Geral de Saúde, 2016).

A violência foi identificada como um dos principais perigos à saúde pública da atualidade, estando a maioria das vítimas de violência a ser atendidas em Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos. Este facto, obriga os enfermeiros a ter formação no reconhecimento, interpretação, documentação e recolha fotográfica dos tipos de violência e das provas forenses associadas aos mesmos. Só assim é possível ao enfermeiro, desenvolver um plano adequado a cada vítima com as implicações forenses necessárias ao seu estado. O desafio atual passa por identificar as lacunas na formação dos enfermeiros e saber que pesquisas devem ser feitas para melhorar o atendimento às vítimas de violência (Pasqualone & Michel, 2015).

Desde sempre, coube aos profissionais de saúde a prestação de cuidados às vítimas de violência, tendo como principal objetivo reparar as lesões causadas do ponto de vista físico, emocional ou psicológico (Direção Geral de Saúde, 2016).

No caso específico de Portugal, só há cerca de 30 anos no Serviço Nacional de Saúde, teve início uma resposta mais organizada a esta fenomenologia, com a criação de equipas intra-hospitalares, como o objetivo de lidar com o problema através de uma abordagem centrada na prevenção, principalmente ao nível das crianças e jovens (Direção Geral de Saúde, 2016).

Perante isto, a presente revisão tornou-se pertinente, com vista a perceber quais as intervenções que devem ser realizadas pelos enfermeiros dos Serviços de Urgência, na abordagem ao adulto vítima de violência, e tem como objetivo responder à questão formulada, de quais as orientações que os enfermeiros que trabalham num Serviço de Urgência, devem ter junto dessas mesmas vítimas de violência e seus familiares, visto ser este serviço a principal porta de entrada destas nos hospitais e consequentemente no Serviço Nacional de Saúde.

Para tal, foi realizada uma pesquisa científica baseada em evidências, que segundo o Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: A Pesquisa Baseada em Evidências a evidência científica, é formada “pelo conjunto de informações utilizadas para confirmar ou negar uma teoria ou hipótese científica” (Grupo Ânima Educação, 2014). Após a realização da pesquisa científica, foi formulada uma questão com a utilização da metodologia PICO, seguida de uma pesquisa na base de dados EBSCO *Host* e análise dos artigos selecionados.

Uma revisão integrativa de literatura, constitui um método de pesquisar, catalogar e fazer um diagnóstico crítico, a publicações citadas em estudos previamente realizados por outros autores (Fortin, 1999). Para o objetivo definido no estudo atual, foi utilizada a metodologia PICO, com a finalidade de ser formulada a pergunta de partida para a realização do mesmo. O **P** (Enfermeiros do Serviço de Urgência), o **I** (Orientações / Cuidados de Enfermagem), **CO** (Abordagem ao adulto vítima de violência).

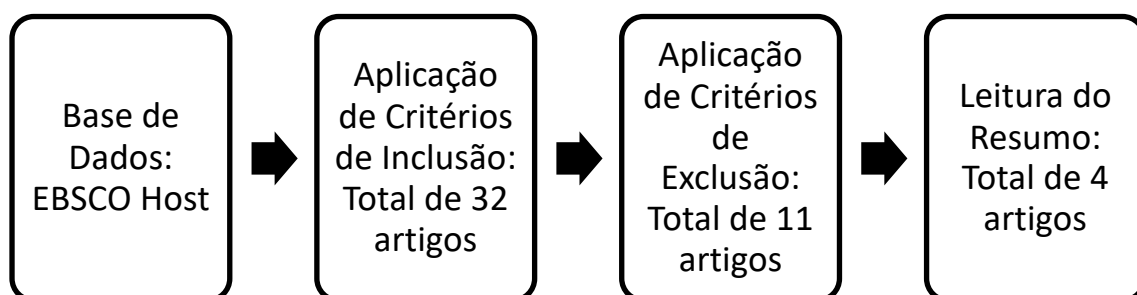
Esta revisão seguiu todos os procedimentos metodológicos e partiu para a seguinte pergunta científica: “Quais as orientações para os enfermeiros do Serviço de Urgência, na abordagem ao adulto vítima de violência?”

A pesquisa de informação bibliográfica atual e relativa a esta temática é uma das etapas mais preponderantes na realização da revisão integrativa, dado ter como objetivo a obtenção do maior número de artigos relacionados com o tema a estudar. Nesta revisão, foi utilizada a base de dados EBSCO *Host*, por ser uma base de dados eletrônica onde estão reunidos índices de publicações de pesquisas e revisões internacionais, na área das ciências da saúde e ciências da enfermagem.

Os critérios de inclusão utilizados foram o tipo de participantes (vítimas de violência que recorrem ao Serviço de Urgência), o tipo de intervenções (intervenções de enfermagem) e o tipo de estudo (qualitativo e quantitativo). Os critérios de exclusão foram, a data da publicação (anterior a 2014) e estudos que não dispunham do texto completo. Após da realização da pesquisa totalizaram 32 artigos, tendo sido selecionados 11 com a aplicação dos critérios de exclusão. Após a leitura do resumo e tendo em conta os critérios anteriormente identificados, foram escolhidos 4 artigos dos quais se procedeu à sua leitura integral.

O seguinte fluxograma, representa o resumo da pesquisa através da metodologia PICO. Nesta pesquisa foi utilizado apenas o operador booleano “AND”, e utilizados como termos de pesquisa *victims of violence*, *emergency room* e *nurse*, termos aferidos nos Descritores em Ciências da Saúde.

Figura 1 – Resumo da pesquisa



Para determinar os níveis de evidência científica dos artigos selecionados, foi utilizado o Manual de *Joanna Briggs Institute Reviewers*, e a qualidade metodológica dos artigos foi determinada tendo por base a *Grades of Recommendation do Joanna Briggs Institute*. Os resultados estão na seguinte tabela:

Tabela 1 - Níveis de Evidência e Qualidade Metodológica

| Referência | Nível de Evidência JBI | Qualidade Metodológica JBI |
|------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Rahmqvist, J.; et al (2018) | 4.b - Estudo Qualitativo e Descritivo | <i>Strong</i> |
| Oliveira, M.; et al (2018) | 4.b - Estudo Qualitativo e Descritivo | <i>Strong</i> |
| Long, E.; et al (2018) | 4.b - Estudo Qualitativo e Descritivo | <i>Strong</i> |
| Linnarsson, J.; et al (2014) | 4.b - Estudo Transversal | <i>Strong</i> |

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, análise científica e qualidade metodológica, foram selecionados quatro artigos com relevância para esta revisão de literatura. Depois da extração dos resultados procedeu-se a análise e discussão dos mesmos, tendo como objetivo dar resposta a questão inicialmente formulada.

Os enfermeiros inquiridos revelaram que a parte mais difícil durante a prestação de cuidados de enfermagem a vítimas de violência e famílias, não são as tarefas forenses específicas nestas

situações, mas sim, criar um ambiente terapêutico, que era visto como um pré-requisito necessário neste tipo de situação. Neste estudo, os enfermeiros acreditam ser prejudicados pelo facto de não saberem como agir em situações de vítimas de violência, e isso não era uma prioridade no Serviço de Urgência onde trabalham, acabando apenas por se focar em atos visíveis como a prestação de cuidados em ferimentos. Este facto pode ser interpretado pelas vítimas e seus familiares como um desinteresse, insensibilidade, frieza e até desumanidade por parte dos enfermeiros cuidadores o que pode deixar as vítimas de violência com um sofrimento ainda maior do que a própria situação inflige sobre estas (Rahmqvist, Benzein, & Erlingsson, 2018).

Essa situação pode levar a que as vítimas acabem por desconfiar e descredibilizar o próprio sistema, e tenham medo de denunciar o crime e não aceitem participar na recolha de evidências forenses. Ainda para o mesmo autor, é necessário que os enfermeiros superem todas as incertezas sobre esta temática, pois só assim podem prestar bons cuidados. Haver formação sobre violência é sem dúvida uma questão defendida por todos os prestadores de cuidados, de modo a evitar que haja dependência dos esforços individuais de cada um. Grupos como idosos e indivíduos do sexo masculino causam ainda maiores dificuldades aos prestadores de cuidados, bem como a falta de apoio psicológico em fins de semana e períodos noturnos, o que influencia tempos de espera e consequentemente os cuidados prestados (Rahmqvist, Benzein, & Erlingsson, 2018).

Também os familiares são parte preponderante, pelo que a sua inclusão nos cuidados é uma área que necessita de ser melhorada. Os resultados apontam para a necessidade de implementar diretrizes forenses claras, fornecer formação contínua e facilitar o apoio entre os enfermeiros em relação aos pacientes forenses e os seus familiares, para melhorar o apoio aos enfermeiros na criação de uma relação terapêutica. Sem essa base, os enfermeiros tendem a evitar lidar com questões forenses. Os enfermeiros expressaram frustração em relação aos cuidados de acompanhamento após a alta dos Serviços de Urgência, pois não havia uma ponte clara para os sistemas de apoio social (Rahmqvist, Benzein, & Erlingsson, 2018).

Segundo Oliveira, o sistema de Triagem de Manchester usado na maioria dos Serviços de Urgência para priorizar o atendimento a quem a ele recorre, apenas preenche em parte as necessidades das vítimas de violência, na medida em que é estruturado no formato biomédico de saúde, ignorando aspetos relevantes no atendimento das vítimas de violência. Também para o mesmo autor, a falta de conhecimento específico na saúde da mulher, faz com que nem sempre

consigam dar resposta à complexidade do atendimento a uma mulher vítima de violência doméstica (Oliveira, Zocche, & Rohden, 2018).

Oliveira defende também que há a necessidade da criação de processos de acolhimento, vínculo e atenção integral às vítimas de violência doméstica, mas no entanto os profissionais do Serviço de Urgência, referem que quanto maior o tempo despendido com estas vítimas, maior é a carga de trabalho que se acumula com outras pessoas que recorrem ao Serviço de Urgência. Este autor, tal como os outros presentes nos artigos estudados, defende que a formação tem um papel preponderante no atendimento a estas vítimas (Oliveira, Zocche, & Rohden, 2018).

Os enfermeiros estão numa posição-chave no que toca à identificação e tratamento de vítimas de tráfico de seres humanos e de violência. Ao serem os primeiros prestadores de cuidados, devem estar por isso dotados de todas as ferramentas para melhor identificar e cuidar dessas mesmas vítimas. Com a criação de legislação apropriada, desde 2010 que passou a ser da competência dos enfermeiros dos Serviços de Urgência nos Estados Unidos da América, a examinação de todas as mulheres entre os 14 e os 46 anos, que apresentem sinais de violência, dado estas representarem cerca de 76% dos casos de violência em comparação com 24% de homens (Long & Dowdell, 2018).

Os enfermeiros diferenciam pelo comportamento demonstrado às vítimas de violência doméstica, de outras vítimas de violência como é o caso das prostitutas. Esse facto faz com que algumas vezes possa ser afetada a forma como são rastreadas e identificadas as vítimas de tráfico de seres humanos. O autor, cita estudos onde refere que 87,8% dos sobreviventes de tráfico humano, recorrem a Serviços de Saúde, dos quais 63,3% recorrem a Serviços de Urgência, enquanto estavam escravizados, sem, no entanto, terem sido identificados como vítimas. Também o estereótipo criado sobre as vítimas de tráfico de seres humanos serem maioritariamente jovens, mulheres e oriundos de outros países, dificulta a identificação, dado que cerca de metade (43,8%) são cidadãos nascidos no Estados Unidos (Long & Dowdell, 2018).

Long, relata, no entanto, que os enfermeiros têm formação em violência doméstica, e que essa mesma formação muito tem contribuído para prestar bons cuidados, quando existe a identificação atempada das vítimas. Refere ainda a falta de apoio durante o período noturno como uma das principais falhas da articulação com as organizações de referência e acompanhamento pós-alta das vítimas de violência (Long & Dowdell, 2018).

É referida uma atitude positiva em relação às famílias, apesar do facto de os membros não terem sido incluídos nos documentos de políticas e na educação. Refere ainda que ser mulher, conhecer os documentos existentes no Serviço de Urgência referentes aos cuidados com os membros da família e ter experiência própria de um membro da família gravemente doente foram associados a uma atitude mais positiva em relação às famílias nos cuidados de enfermagem. Também esta autora refere a necessidade de formação específica forense na prestação de cuidados a vítimas de violência num Serviço de Urgência (Rahmqvist, Benzein, & Arestedt, 2014).

A maioria dos contatos sobre violência em contexto de triagem, são apenas feitos com mulheres e jovens que apresentem sinais notórios de violência, o que pode comprometer seriamente a deteção de muitos casos de violência, e que esforços educacionais e apoio adicional aos enfermeiros podem facilitar rotinas de triagem, pois são vistas como possíveis barreiras. Por fim, a autora refere que não há qualquer relação entre o nível de especialização dos enfermeiros às atitudes dos mesmos em relação à família, o que levanta a questão sobre o facto de nem em formações mais específicas a família ser considerada parte integrante nos programas de saúde (Rahmqvist, Benzein, & Arestedt, 2014).

Existem no entanto, algumas barreiras entre o enfermeiro do Serviço de Urgência e os familiares das vítimas de violência. Estes enfermeiros percecionam que os cuidados aos familiares são da sua responsabilidade, mas, no entanto, estes cuidados não são tidos como prioritários no Serviço de Urgência e o apoio disponível era pouco ou mesmo inexistente. No entanto, enaltece o papel dos familiares para com as vítimas referindo que estas podem ser um apoio inestimável, e que devem por isso ser incentivados e apoiados pelas equipas dos Serviços de Urgência, sendo esta uma área que pode e deve ser melhorada. Ainda assim e segundo a autora, há fatores que facilitam o envolvimento dos familiares por parte dos enfermeiros do Serviço de Urgência (Rahmqvist, Benzein, & Erlingsson, 2018).

Rahmqvist, escrevera já anteriormente que ser mulher, ter conhecimento dos protocolos existentes no serviço referentes aos cuidados a familiares, ou ter um familiar próximo gravemente doente, são fatores associados a uma atitude mais positiva em relação às famílias nos cuidados de enfermagem (Rahmqvist, Benzein, & Arestedt, 2014).

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O projeto de intervenção em serviço [PIS], surge no contexto da Unidade Curricular de Estágio Final inserida no plano curricular do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica, tendo sido desenvolvido no SU, local onde decorreu a totalidade do estágio final. Este projeto foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto, tendo sido feita a identificação de um problema no referido contexto e promovida a sua resolução, de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

“A Metodologia de Projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência” (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010, p. 2)

“Esta metodologia, tem como principal objetivo a resolução de problemas e constitui-se como uma ponte entre a parte teórica e a parte prática, uma vez que o suporte desta metodologia é o conhecimento teórico, para posteriormente ser aplicado na prática” (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010, p. 3).

“O projeto é assim um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010, p. 4). O trabalho de projeto é assim “um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas” (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010, p. 4).

A metodologia de projeto, divide-se nas seguintes fases (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010):

¹ Diagnóstico de Situação

² Definição dos Objetivos

³ Planeamento

⁴ Execução

⁵ Avaliação

⁶ Divulgação dos Resultados

4.1. Diagnóstico de Situação

A primeira fase da metodologia de projeto, tem como objetivo a elaboração de um modelo descritivo da realidade existente, sobre a qual se pretende atuar e mudar (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010).

Considerando que a violência, é um fenómeno que ao longo dos anos tem vindo a ganhar protagonismo, dentro e fora de Portugal, constituindo uma violação grave aos direitos humanos e considerada um problema de saúde pública, quer pelo impacto nas populações, quer pelos custos associados. A OMS considera a violência como uma pandemia, dada a sua extensão. O tratamento das lesões causadas pela violência, sejam elas físicas, psicológicas ou emocionais, foram desde sempre uma função dos profissionais de saúde, tendo por isso os enfermeiros um papel preponderante nesse tratamento (Direção Geral de Saúde, 2016).

Diariamente, recorrem ao Serviço de Urgência vários casos de violência interpessoal, sendo na sua grande maioria casos isolados, no entanto já foram detetadas várias situações, que se tornaram regulares. No ano de 2018, foram totalizados 87 episódios de urgência por agressão, e em 2019 foram totalizados 104 episódios. No entanto, é importante referir que apenas estão contabilizados os episódios de urgência onde o doente assume que dá entrada por agressão, não sendo contabilizados os casos onde o doente não assume o real motivo da admissão ao SU.

Durante a realização do estágio no Serviço de Urgência, foi observado que não existia uma forma de atuação homogénea entre os enfermeiros na prestação de cuidados às vítimas de violência, sendo priorizado o dano físico, em detrimento do dano psicológico e emocional. Além disso, não existia uma articulação com as instituições competentes e por esse motivo não existia uma referenciação adequada das vítimas para essas mesmas instituições. A identificação das

vítimas era feita através da colocação de uma vinheta com a identificação do utente num *dossier*, existente no gabinete de triagem, que nem sempre se verificava.

Era assim observável que os cuidados prestados aos utentes que recorriam à urgência, não eram uniformizados e cada profissional prestava cuidados da forma que achava mais correta.

Assim, após uma conversa informal com a enfermeira chefe, o enfermeiro responsável pela formação e com o enfermeiro orientador do estágio, foi sugerida esta temática para a elaboração do PIS, dado este ter sido um problema identificado, o qual foi aceite por ser uma necessidade do serviço. Ambos demonstraram interesse na realização deste PIS, sendo considerado uma mais valia na melhoria contínua dos cuidados prestados.

Os motivos indicados anteriormente, demonstram a importância de orientar o projeto para a população que recorre ao SU vítima de violência interpessoal.

4.2. Definição dos objetivos

Os objetivos “apontam os resultados que se pretendem alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010, p. 18).

Na metodologia de projeto, o objetivo geral descreve o resultado esperado, ou seja, fornece indicações sobre o que o formando deve ser capaz de fazer após terminar o percurso formativo, e deve ser formulado tendo em consideração os conhecimentos e as capacidades que se pretendem adquirir no final. Por sua vez, os objetivos específicos “são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo” (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010, p. 18).

Tendo em conta a problemática levantada anteriormente, foram delineados os seguintes objetivos do PIS:

Objetivo Geral:

¹ Dotar o SU de uma rede multidisciplinar, capaz de dar resposta em casos de violência interpessoal, que permita o encaminhamento das vítimas, para todos os serviços necessários, sejam estes intra ou extra-hospitalares, de acordo com as necessidades dessas mesmas vítimas;

² Capacitar os enfermeiros do SU de uma forma de atuação uniforme, na prestação de cuidados de enfermagem a vítimas de violência interpessoal, desde a triagem até à alta do doente, baseada em evidência científica

Objetivos Específicos:

¹ Aprofundar conhecimentos sobre a temática abordada;

² Uniformizar o procedimento de atuação na prestação de cuidados a vítimas de violência interpessoal baseado na evidência científica mais recente;

³ Criar o circuito interno em casos de vítimas de violência interpessoal.

4.3. Planeamento

“O planeamento é a terceira fase do ciclo de vida do Projeto, em que é elaborado um plano detalhado cobrindo as várias vertentes da gestão” (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010, p. 20)

O planeamento do PIS foi elaborado, tendo como ponto de partida o Diagnóstico de Situação, e tendo em consideração o objetivo geral e os objetivos específicos, e foram elaboradas estratégias e atividades, que visam a realização desses mesmos objetivos.

Uma vez que se tratava de um PIS, que embora fosse implementado em serviços de saúde era realizado em contexto académico, foi necessária a sua apresentação à enfermeira chefe, que deu o seu parecer positivo e demonstrou todo o interesse pessoal e institucional, para que o mesmo fosse desenvolvido por ser de extrema importância para o serviço. Após esta apresentação, foi realizado

o pedido formal, por escrito, dirigido ao Sr. Presidente do Conselho de Administração da ULSNA (Anexo 3).

Com a finalidade de cumprir com os objetivos específicos anteriormente delineados, foram desenvolvidas as atividades e estratégias apresentadas na seguinte tabela:

Tabela 2 - Atividades e Estratégias por Objetivo

| Objetivo | Atividades e Estratégias |
|--|--|
| Aprofundar conhecimentos sobre a temática | - Realização de uma Revisão de Literatura. |
| Uniformizar o procedimento de atuação na prestação de cuidados a vítimas de violência interpessoal baseado na evidência científica mais recente; | - Criar um panfleto desdobrável com informação pertinente, a ser entregue nos serviços de saúde, que serve de guia na identificação e atuação perante vítimas de violência interpessoal; |
| Criar o circuito interno em casos de vítimas de violência interpessoal. | - Criar um fluxograma representativo do circuito interno do doente, disponível para consulta no gabinete d triagem; |
| | - Implementar um dossier, no gabinete de triagem, com impresso próprio para identificação e recolha de dados das vítimas, protocolos de atuação, legislação em vigor e material de apoio no atendimento a essas mesmas vítimas. O doente, após a triagem deve ser observado pela equipa médica da triagem e/ou equipa médica da especialidade, e a impresso de identificação deve ser preenchido por todos os profissionais que prestem cuidados ao doente. Sempre que necessário o doente deve ser isolado dos restantes, prestado o devido apoio e se conveniente recolher vestígios forenses; |
| | - Realizar uma sessão de formação em serviço, delineando previamente um plano de sessão, onde foi apresentado o circuito do doente num caso agudo de violência interpessoal e respetivos protocolos de atuação; |

As fases do PIS foram registadas em cronograma (Apêndice 2)

4.4. Execução

“A etapa da execução da metodologia de projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010, p. 25).

A fase de execução através das ações planeadas, possibilita aos participantes do projeto realizar as suas vontades e necessidades. Nesta fase, torna-se numa situação real, aquilo que outrora era apenas algo construído mentalmente (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010).

As primeiras três fases do PIS decorreram entre os meses de setembro e novembro de 2019. Após terem sido definidos os objetivos, foram idealizadas as estratégias e atividades que podiam ser postas em prática e apresentadas quer ao enfermeiro orientador, quer à enfermeira chefe do SU. Ambos concordaram com os conteúdos, e demonstraram a sua total disponibilidade para auxiliar dentro dos meios possíveis, a realização das mesmas. Durante estes três meses, foi possível realizar uma pesquisa sobre a temática a abordar, em bases de dados com rigor científico como a EBSCO Host e ler na íntegra todos os artigos que resultaram dessa mesma pesquisa. Essa leitura permitiu a realização de uma revisão integrativa da literatura, assente na mais atualizada evidência científica, que serviu para dar sustentação teórica a tudo o que viria a ser realizado daí em diante.

No mês de Novembro, foi elaborado o circuito interno do doente tendo em conta as diretrizes emanadas pela DGS, e tendo por base os resultados dos artigos anteriormente pesquisados, para a realização da revisão da literatura. Após ser definido o circuito interno do doente, foi construído um fluxograma exemplificativo desse mesmo circuito (Apêndice 3) que seja de fácil acesso e consulta aos profissionais de saúde que dele necessitem. Foi ainda elaborado um folheto informativo a ser divulgado pelos restantes serviços hospitalares, com informações pertinentes para a identificação de situações de violência, sinalização das mesmas e o próprio circuito interno do doente, que possibilita que o folheto também possa ser usado no SU pelos profissionais que nele exercem funções. No folheto constam ainda os elementos da EPVA e NHCJR e contactos que

podem ser usados em caso de necessidade (Apêndice 4). Durante o mês de Novembro foi ainda terminada a revisão integrativa da literatura.

Durante os meses de Novembro e Dezembro e em conjunto com o enfermeiro orientador, foram preparados os conteúdos a abordar na ação de formação em serviço, bem como toda a documentação que iria constar no *dossier*, para servir como guia orientador a quem dele necessitar. Para tal, foi pesquisada a legislação mais recente aplicada à temática abordada, as últimas diretrizes fornecidas pela DGS sobre a atuação em casos agudos de violência interpessoal e respetivos protocolos de atuação a ser adotados e utilizados no SU. Além desta informação foi ainda revisto o impresso para registar as entradas de vítimas de violência interpessoal. Este impresso já existia enquanto documento criado pela ULSNA, após ser realizada uma adaptação do documento elaborado pela DGS, pois a sua utilização não foi ainda implementada no Hospital de Portalegre. Após a implementação do projeto, o *dossier* ficará no gabinete de triagem, onde é iniciada a colheita de dados.

No mês de Janeiro foi realizada a sessão de formação em serviço (Apêndice 5), dirigida à equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência. A mesma foi divulgada também pelos elementos da EPVA E NHCJR através de um cartaz realizado para o efeito (Apêndice 6). Na sessão, foi utilizado o método expositivo tendo sido concebida uma apresentação de diapositivos formulados a partir das diretrizes da DGS e da pesquisa realizada para a revisão integrativa da literatura, com as evidências mais recentes sobre a prestação de cuidados a doentes vítimas de violência interpessoal. O objetivo foi transmitir aos formandos informações relevantes na identificação e atuação perante vítimas de violência interpessoal, protocolos de atuação, circuito do doente e apresentação do impresso para registo da informação recolhida junto do doente, que permita sempre que se justifique, o encaminhamento para as entidades competentes. Para o planeamento da sessão de formação, foi elaborado o respetivo plano de sessão de formação (Apêndice 7).

A sessão de formação realizada teve um *feedback* bastante positivo por parte dos elementos presentes, sendo unânime que a implementação do PIS traria enormes vantagens para o serviço, de modo a uniformizar o procedimento dos enfermeiros. Durante a sessão foi possível demonstrar evidência científica nos conteúdos apresentados, obtidos na literatura estudada, e que serviu de base à preparação quer do fluxograma representativo do circuito dos doentes, quer da apresentação utilizada na sessão de formação.

Durante o restante mês de Janeiro, o circuito do doente vítima de violência após a sua entrada no SU, foi seguido conforme explicado na sessão de formação, tal como foi também feito o registo em impresso próprio para este tipo de doente. Foram no mês de Janeiro totalizados 5 casos de admissão no SU por violência interpessoal, dos quais foram registados adequadamente 4.

Nos 4 casos que foram efetuados registos, os mesmos foram efetuados de forma adequada, tendo o impresso sido devidamente preenchido desde o momento da triagem até à alta médica o que permitiu registar todas as intervenções que foram realizadas e as marcas físicas que a mesma apresentava no momento da entrada, tendo sido tudo registado pelo enfermeiro e médicos que prestaram cuidados à vítima de violência interpessoal, tendo assim seguido o procedimento que tinha ficado definido e apresentado na sessão de formação. Por se tratar de casos isolados de violência interpessoal, não existiu a necessidade de haver uma referenciação, ficando apenas o registo no respetivo *dossier*.

4.5. Avaliação

“As avaliações são momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido, sendo que podem estar ou não previstas. Os questionários elaborados, as entrevistas com o orientador, as discussões em grupo, entre outros, constituem algumas formas de operacionalizar a avaliação” (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010, p. 24).

No final da apresentação houve ainda tempo para um diálogo entre os participantes, com a finalidade de explorar e aprofundar os conhecimentos de cada um sobre a temática abordada e ao mesmo tempo esclarecer as dúvidas dos presentes.

Na Sessão, estiveram presentes 19 formandos, sendo estes, 1 enfermeiro chefe, 4 enfermeiros especialistas, 11 enfermeiros de cuidados gerais, 1 médico, 1 Assistente Social e 1 Assistente Técnico. Além dos referidos anteriormente, estiveram presentes o Enf. Especialista Luís Rodrigues enquanto Enf. Orientador do presente estágio e o Prof. Dr. Adriano Pedro enquanto docente responsável pela Unidade Curricular. Antes de ser dada por encerrada a sessão, foi distribuído pelos presentes um questionário de avaliação final da ação. Os presentes classificaram como

positiva a temática abordada, a pertinência da mesma bem como a sessão de formação de um modo geral, referindo a pertinência do tema abordado e a necessidade de realização de mais sessões de formação sobre a mesma temática.

Uma vez que na sessão de formação não estavam presentes todos os intervenientes, junto de vítimas de violência interpessoal que recorrem ao Serviço de Urgência, a apresentação foi colocada na *intranet* para consulta e foram motivados os chefes das equipas para que incentivassem os enfermeiros da sua equipa a consultarem a apresentação. Foi também demonstrada total disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas que pudessem existir durante o preenchimento do impresso implementado no serviço ou na abordagem à vítima de violência.

Decorridos 6 meses após a implementação do PIS no SU, deve ser feita uma análise com o objetivo de concluir de que forma é que a implementação do projeto contribuiu, influenciou e alterou a qualidade e o conhecimento dos enfermeiros que trabalham neste SU, na prestação de cuidados aos doentes vítimas de violência interpessoal, e consequentemente, vem trazer melhorias na qualidade dos cuidados prestados. Devem assim ser realizadas observações informais dos registos realizados e comparar o número de registos realizados com o número de entradas no SU motivadas por agressão. Estas observações servem para confirmar se a abordagem a estes doentes se rege pelas orientações fornecidas pela DGS e explicadas na sessão de formação, bem como o correto preenchimento da folha de colheita de dados durante o circuito do doente.

Deve também ser solicitado ao serviço informático, o número dos registos informáticos na inscrição dos doentes nos serviços administrativos, referindo como motivo de entrada no SU, agressão, e o número de impressos preenchidos e assim perceber se a atuação se realiza conforme as instruções fornecidas na sessão formativa.

Desta forma, é possível monitorizar o PIS implementado e colmatar eventuais dificuldades que possam existir, através da realização de novas ações de formação ou apenas esclarecimentos informais.

De um modo geral, após a realização do PIS conseguiu-se concluir que os objetivos inicialmente delineados foram cumpridos, e que as estratégias e atividades desenvolvidas foram adequadas.

4.6. Divulgação dos resultados

“A divulgação assegura o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir as estratégias adotadas na resolução do problema” (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010, p. 31).

Divulgar os resultados obtidos após um projeto ter sido implementado, é de extrema importância na visão das autoras, pois é através desta divulgação que se dá a conhecer à população em geral e a outras entidades a pertinência do projeto realizado, bem como todo o trabalho que foi desenvolvido com a finalidade de resolver determinado problema (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010).

A divulgação dos resultados, é parte integrante do desenvolvimento de um projeto, deve ser devidamente planeada, pois permite informar o público, favorecer o retorno de informação, o que vem permitir adaptar material, a abordagem ou a metodologia utilizada (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010).

A realização do presente relatório do trabalho de projeto, tem também a finalidade de divulgar a elaboração do mesmo, tal como os seus resultados. Também a realização da sessão de formação foi uma forma de divulgar o PIS.

A publicação do artigo, numa revista ou jornal de referência, é um ótimo meio de divulgação e publicitação dos resultados, pelo que o mesmo irá ser submetido.

5. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

5.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Um Enfermeiro Especialista, é definido como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Diário da República, 2ª Série - Nº26, 6 de Fevereiro de 2019). Neste Regulamento n.º 140/2019, ficou definido que os enfermeiros especialistas, além das competências específicas da sua área de especialização, têm competências que são comuns a todos os enfermeiros especialistas e que têm como finalidade ser aplicadas em qualquer contexto de saúde. As competências comuns são definidas como “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2ª Série - Nº26, 6 de Fevereiro de 2019). Estas competências estão divididas em quatro domínios:

- ¹ Responsabilidade profissional, ética e legal;
- ² Melhoria contínua da qualidade;
- ³ Gestão de cuidados;
- ⁴ Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Cada competência está dividida em unidades de competência, que são “um segmento maior da competência tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência (...)” (Diário da República, 2ª Série - Nº26, 6 de Fevereiro de 2019, p. 4745), e nestas estão inseridos os critérios de avaliação que “devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito” (Diário da República, 2ª Série - Nº26, 6 de Fevereiro de 2019, p. 4745).

5.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As competências que fazem parte do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são:

¹ “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1)”;

² “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2)”.

A inclusão da Unidade Curricular de Epistemologia, Ética e Deontologia em Enfermagem no Plano de Estudos do Mestrado foi preponderante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e permitiu a aquisição de conhecimentos que vão de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista. No meu quotidiano enquanto enfermeiro, sou confrontado com situações perante as quais é necessária a tomada de decisão segundo a ética profissional e as decisões devem ser tomadas tendo por base as normas deontológicas, valores e princípios, em detrimento dos motivos ou opiniões pessoais. Consequentemente, os enfermeiros ao ter conhecimento dos princípios éticos que regem a profissão, têm uma maior facilidade na sua tomada de decisão.

A maior experiência profissional, quer dos meus enfermeiros orientadores durante o estágio, quer de outros profissionais com quem trabalho ou já trabalhei, foram importantes na partilha de conhecimentos e consequentemente foram facilitadores nas minhas tomadas de decisão.

Também ter voltado a ler o Código Deontológico dos Enfermeiros datado de 16 de setembro de 2015 (Ordem dos Enfermeiros, 2015), tendo especial atenção aos artigos que respeitam os Princípios Gerais da Profissão de Enfermagem, bem como os Deveres Deontológicos em Geral, os Valores Humanos e os Direitos à Vida e à Qualidade de Vida foram uma importante ferramenta para o meu desenvolvimento enquanto enfermeiro e enquanto futuro enfermeiro especialista.

O 99º artigo, onde estão especificados os Princípios Gerais do Código Deontológico, diz que “as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade

e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 4). Tendo em conta o citado, nos cuidados por mim prestados tentei sempre manter o doente o mais informado possível das intervenções a realizar, de modo a que este percebesse a importância da realização dessas mesmas intervenções e que o mesmo pudesse perceber que essas intervenções eram estritamente necessárias ao seu bem estar e à melhoria do seu estado clínico e que em nada afrontavam contra a sua liberdade e dignidade.

O 102º artigo na alínea a) sobre os valores humanos, o enfermeiro tem por obrigação “Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideologia ou religiosa” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 7). Neste campo foi onde foi necessária uma maior adaptabilidade no que toca à prestação dos cuidados tendo em conta o serviço onde decorreu o estágio. No caso do SU onde existe uma grande afluência de doentes, com vários doentes internados no meio do corredor dificilmente se consegue dar ao doente a privacidade a que este tem direito, bem como o elevado número de doentes nas salas de tratamento, alguns ainda com acompanhantes. No entanto, foi feito um esforço da minha parte para que os meus valores e crenças pessoais não tivessem qualquer interferência nos cuidados por mim prestados, não emitindo juízos de valor e tentando ao máximo proporcionar ao doente a maior privacidade dentro das condições do serviço. No caso do estágio realizado na UCI, embora as camas de internamento estejam colocadas numa sala ampla, existem meios que permitem a separação das camas em *boxes* restritas e que permitem a total privacidade do doente. Nas horas de estágio realizadas em meio pré-hospitalar, também foi complicado manter a privacidade do doente como uma prioridade uma vez que alguns serviços ocorreram em espaços públicos. No entanto foi sempre mantido o maior respeito pelo doente, tendo sempre como objetivo principal a melhoria do seu estado de saúde. Tal facto foi também alvo de reflexão da minha parte.

Durante ambos os estágios e na minha prática do quotidiano, tento sempre e de acordo com os meus conhecimentos fornecer ao doente o máximo de informação sobre as opções terapêuticas à disposição do mesmo, vantagens e desvantagens, com a finalidade de o apoiar na sua tomada de decisão. A maior experiência quer do enfermeiro orientador quer de colegas de trabalho mais experientes foram também fulcrais para esclarecer eventuais dúvidas e para discutir opções terapêuticas que mais se adequem ao doente o que permitiu a minha evolução enquanto profissional. Quando existe a impossibilidade de o doente tomar decisões pelo seu estado de saúde e sempre que possível, foi feito o mesmo procedimento junto dos familiares, de modo a que as

opções terapêuticas vão também ao encontro das suas preferências. Pelo facto de o doente em situação crítica se encontrar em muitos casos impedido de estabelecer uma comunicação eficaz, a família tem um papel fundamental na prestação de cuidados ao doente. As informações transmitidas à família foram também alvo de reflexão da minha parte, devendo obedecer a determinados critérios, como a explicação numa linguagem adequada e que permita total compreensão por parte dos familiares das informações prestadas, e devem apenas ser transmitidas informações de relevância para o doente e família.

Em situações mais emergentes onde a tomada de decisão tem que acontecer de forma célere, principalmente na sala de emergência do SU, foram por mim muitas vezes realizadas técnicas invasivas, sem olhar na maioria dos casos a se era essa a vontade do doente e o respeito pela sua privacidade, tendo sido estas sempre realizadas com o objetivo de melhorar o estado de saúde do doente e tendo em conta o princípio da beneficência e da não maleficência, mantendo o dever da responsabilidade profissional.

Em todo o meu percurso profissional e académico, tentei sempre tomar decisões baseadas quer nos princípios e valores deontológicos da profissão, quer na mais recente evidência científica, tentando sempre aperfeiçoar os cuidados por mim prestados.

Por fim, na realização do PIS existiu a necessidade de cumprir com aspetos éticos, e foi solicitada a devida autorização (Anexo 3), ao Presidente do Conselho de Administração e à Comissão de Ética da ULSNA.

Refletir sobre esta temática, possibilitou que tomasse uma maior consciencialização da responsabilidade pessoal e profissional, inerentes à profissão de enfermeiro bem como dos deveres e princípios que regem a profissão.

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências que fazem parte do domínio da melhoria contínua da qualidade são:

¹ “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1)”;

² “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2)”;

³ “Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3)”

A inclusão das Unidades Curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica no Plano de Estudos deste Mestrado, além de acrescentarem uma componente teórica aos conhecimentos que tinha antes de frequentar este curso de especialização, trouxeram ainda enormes vantagens na melhoria contínua da qualidade dos cuidados por mim prestados.

Com a realização de dois estágios em dois serviços distintos foi possível perceber as diferentes formas, quer no modo de trabalhar, quer na organização de cada serviço. Mesmo dentro de cada serviço, os profissionais têm formas diferentes de trabalhar e de organizar o turno, tendo todas elas como principal objetivo a prestação de cuidados de enfermagem de forma segura e tendo em vista a melhoria do estado de saúde do doente, ou quando isto não for possível, o não agravamento do estado de saúde. Observar outras formas de organização e gestão permitiu fazer alterações à minha forma de trabalhar, e assim gerir e organizar melhor o meu trabalho de acordo com o que foi observado e em alguns casos discutido com o enfermeiro orientador.

Ter tido contato anteriormente com outras realidades, possibilitou que pudesse sugerir junto do enfermeiro orientador algumas ideias que tinha visto noutros estágios ou em locais onde tinha trabalhado, e avaliar a adaptabilidade dos mesmos ao serviço onde me encontrava a estagiar e se estas trariam ou não melhorias ao serviço e como tal, debati com os enfermeiros orientadores, ideias e estratégias que podiam ser implementadas e que trouxessem melhorias quer ao serviço, quer aos cuidados de enfermagem nele prestados. Ambos os serviços dispõem de protocolos de atuação perfeitamente definidos para a maioria das situações, e de forma a facilitar e aumentar a qualidade dos cuidados prestados, como a preparação de caixas, como todo o material necessário para uso emergente em determinada intervenção invasiva seja esta médica ou de enfermagem, que possibilite uma intervenção mais rápida e eficaz, sem que se perca tempo a reunir todo o material.

Com vista aos programas de melhoria contínua, procurei durante os estágios desenvolver as minhas capacidades profissionais, através da observação do enfermeiro orientador e através das recomendações da evidência científica mais recente, e também frequentando as ações de formação

em serviço e não só, disponibilizadas pela ULSNA quer sobre a temática do PIS implementado quer sobre outras temáticas abordadas no SU.

A organização e implementação PIS, permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências na área da conceção, gestão e colaboração de programas de melhoria contínua de qualidade, uma vez que a sua elaboração prevê a criação de um circuito interno para o serviço, formação em serviço e a implementação de um *dossier* que facilita a gestão dos casos de violência interpessoal, o que vem a melhorar o conhecimento, e que fomenta a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No início do estágio realizado na UCI, deparei-me com uma quantidade considerável de equipamentos e materiais de uso quotidiano em todos os utentes e com os quais nunca tinha contactado ou o contacto tinha sido reduzido. A juntar a isso estava perante um serviço totalmente novo para mim, quer enquanto espaço físico, quer enquanto tipo de trabalho ali realizado. Por esse motivo, foi feito um esforço da minha parte para me familiarizar o mais rapidamente possível com os equipamentos existentes, aliado às explicações feitas pela enfermeira orientadora para que a aprendizagem fosse mais rápida. Ultrapassadas essas dificuldades iniciais, a utilização dos equipamentos tornou-se intuitiva e a adaptação ao espaço e serviço decorreu dentro da normalidade, o que proporcionou uma melhoria nos cuidados prestados e consequentemente criou um ambiente terapêutico mais seguro.

As passagens de turno realizadas com toda a equipa de enfermagem presente, bem como serem feitos todos os registos pertinentes sobre os doentes, conforme referido anteriormente, são outras ferramentas importantes para a garantia de um ambiente terapêutico seguro.

No momento da alta ou transferência do doente, é utilizada a metodologia ISBAR, para a transição de cuidados, conforme a norma 001/2017 da DGS.

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.1.3. Competências do domínio da gestão de cuidados

As competências que fazem parte do domínio da gestão de cuidados são;

¹ “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1)”;

² “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)”.

A inclusão das Unidades Curriculares de Gestão e Governação Clínica e Formação e Supervisão em Enfermagem, no Plano de Estudos do Mestrado foi preponderante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e permitiu a aquisição de conhecimentos que vão de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista. Nestas Unidades Curriculares, foram abordadas temáticas como a gestão de cuidados de enfermagem e delegação de tarefas e foram a principal ferramenta para a aquisição destas competências.

Durante o estágio no SU, pude observar algumas tarefas relacionadas com a gestão do serviço como a elaboração de escalas de serviço, elaboração da distribuição dos enfermeiros pelos postos de trabalho, gestão de recursos humanos atendendo à necessidade dos serviços no quotidiano, gestão de fármacos sujeita a justificação médica e gestão de consumíveis.

Durante o estágio na UCI, observei e realizei a TISS-28, que é utilizada para calcular as dotações seguras, consoante as intervenções de enfermagem a cada um dos doentes e assim gerir os recursos humanos necessários.

A gestão de prioridades foi uma das competências mais trabalhadas por mim durante os estágios, através da observação quer do enfermeiro orientador, quer de outros profissionais mais experientes. Esta gestão, é fundamental quer na UCI quer no SU, pois os doentes estão instáveis e a qualquer momento podem sofrer uma agudização do estado de saúde e uma gestão eficaz do tempo é estritamente necessária.

No SU de modo a gerir os recursos materiais e de forma a evitar complicações durante o dia, é testado diariamente o funcionamento dos monitores da sala de emergência, e do ventilador sempre que o mesmo é utilizado.

Na UCI e no SU, pude observar as tarefas dos enfermeiros responsáveis, no turno da tarde e noite e fins de semana, ou quando a enfermeira chefe não está presente, que assumem a responsabilidade pelo serviço gerindo de forma responsável todas as situações que surgem durante o turno. Nestes serviços tomei também conhecimento das normas, protocolos e instruções de trabalho, realizadas consoante a necessidade e que permitem uma melhor gestão dos cuidados prestados.

Não tendo participado durante o estágio em qualquer função de liderança ou gestão, refletir sobre as funções da chefia, e a observação na gestão de recursos humanos e materiais e na gestão de conflitos, contribuíram para uma mudança significativa da minha perspetiva, sobre as funções inerentes ao cargo de chefia e gestão.

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.1.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências que fazem parte do domínio são:

¹ “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1)”;

² “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2)”.

A inclusão da Unidade Curricular de Relação de Ajuda no Plano de Estudos do Mestrado foi preponderante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e permitiu a aquisição de conhecimentos que vão de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista. Nesta, foi possível adquirir competências comunicacionais com o utente e família, que em muito me beneficiaram enquanto enfermeiro, visto a comunicação ser uma das mais importantes ferramentas que dispomos na relação terapêutica com o doente.

Durante a minha vida profissional, tentei sempre aproveitar os momentos formativos que tinha ao meu dispor para evoluir enquanto profissional. Assim, uma grande parte das competências neste

campo foram adquiridas através do investimento pessoal, de modo a manter os conhecimentos atualizados, e baseados em evidência científica para posteriormente os poder aplicar na minha prática diária.

Durante os estágios, tentei sempre melhorar o saber estar e o saber ser, pela importância que ambos têm na profissão de enfermeiro e tendo como modelo o exemplo dado pelo enfermeiro orientador. Ambos os estágios foram fundamentais para a aquisição de novos conhecimentos que vieram melhorar em muito a minha vida profissional, bem como aprofundi conhecimentos que tinha adquirido anteriormente, conseguindo uma evolução notória na realização de técnicas, nas relações com os restantes elementos da equipa e mesmo na relação com o próprio doente e família. Procurei ao longo dos estágios observar os elementos mais experientes do serviço, nas tarefas que desempenhavam e na forma de estar e de se relacionar com os utentes, para me conseguir adaptar melhor ao serviço.

Sendo o SU o serviço hospitalar que serve como porta de entrada para a grande maioria dos doentes no HDJMG, muitas vezes os elevados tempos de espera criam frustração nos doentes e familiares, e toda a sua revolta acaba muitas vezes por ser despejada no enfermeiro. Observar esses mesmos conflitos e a forma como os mesmos eram geridos e ultrapassados, possibilitou desenvolver de algum modo assertividade comportamental, que permitiu criar mais facilmente empatia com o doente e seus familiares para a gestão desses conflitos.

A realização da revisão integrativa da literatura permitiu a obtenção de novos conhecimentos baseados na mais recente evidência científica, que vieram a contribuir também para a melhoria da minha prática clínica. A elaboração do PIS permitiu não só a aquisição de conhecimentos sobre a Metodologia de Projeto e as etapas que a constituem, bem como a melhor forma de as conseguir pôr em prática.

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foi aprovado a 3 de Janeiro de 2018, após reunião da Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, tendo sido posteriormente homologado a 8 de Maio de 2018 em sede de Diário da República com a publicação do Regulamento n.º 429/2018 (Diário da República, 2ª Série - Nº 135, 16 de Julho de 2018). Este regulamento, tem como objetivo definir o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que juntamente com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, integram o conjunto de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Por sua vez, a pessoa em situação crítica, é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Diário da República, 2ª Série - Nº 135, 16 de Julho de 2018, p. 19362). Estas competências estão divididas em três domínios:

¹ Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

² Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

³ Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Cada competência, está também dividida em unidades de competência mais específicas, que são “um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência (...)” (Diário da República, 2ª Série - Nº26, 6 de Fevereiro de 2019, p. 4745), e nestas unidades de competência estão inseridos os critérios de avaliação que “devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito” (Diário da República, 2ª Série - Nº26, 6 de Fevereiro de 2019).

5.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Sobre os cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, são inúmeros os casos de doentes que recorrem diariamente ao SU com esta problemática. Embora a grande maioria não apresente necessidade de cuidados urgentes ou emergentes, são ainda muitos os casos que o exigem. Estando esses doentes em situação crítica, cabe ao enfermeiro que lhes presta cuidados, agir com conhecimento e rigor baseado na melhor e mais recente evidência científica de modo a prestar cuidados de qualidade, não descurando situações que possam gerar instabilidade.

Ao longo deste estágio foram múltiplos os casos que me deparei com doentes críticos, tendo maior casuística as doenças do foro cardíaco, respiratório e renal. Nestes doentes, é normal existir descompensação multiorgânica e sendo o enfermeiro, o profissional que passa mais tempo junto dos doentes e o que os acompanha durante todo o tempo que permanecem em balcão ou no SO, é de extrema importância este prestar atenção a possíveis sinais de instabilidade, que permita atuar e prevenir eventuais situações peri-paragem cardiorrespiratória.

Além deste, realizei ainda um primeiro estágio com a duração de 180 horas na UCI, onde os doentes embora apresentem patologias idênticas aos que dão entrada em SO necessitam de cuidados mais diferenciados devido à sua maior instabilidade. Além destes, entram doentes provenientes do Bloco Operatório, em que existe a necessidade de os estabilizar hemodinamicamente e vigiar de forma segura e permanente. Inicialmente, foi notória a minha dificuldade na adaptação ao serviço e às funções do enfermeiro no mesmo. No entanto, com o aumento do tempo de contacto existiu um aumento do conforto e da segurança, nos cuidados prestados baseados nas aprendizagens quer da componente teórica da minha formação, quer na prática já por mim vivenciada e observada a outros colegas com mais experiência.

Para uma melhor aquisição de competências, foi preponderante a observação das práticas realizadas pelo enfermeiro orientador, que se tornaram essenciais para a melhoria dos cuidados por mim prestados enquanto profissional, adotando assim diversas técnicas para a prestação e organização dos cuidados, que permitiram uma melhor eficiência e eficácia na gestão do tempo e

nos cuidados prestados. Esta observação, permitiu ainda adquirir novos conhecimentos baseados na mais recente evidencia científica, durante os quais questionei sobre as dúvidas que tinha e que iam surgindo, e onde tentei sempre responder de forma assertiva quando algo me era questionado. Além do observado, também os conhecimentos teóricos obtidos durante a formação acadêmica, aliados aos conhecimentos obtidos de forma autodidata, baseadas em evidencia científica recente, permitiram também responder às questões que me eram formuladas.

Durante os turnos realizados na Sala de Emergência foi possível presenciar alguns casos de paragem cardiorrespiratória, tendo feito sempre parte integrante da equipa que prestava cuidados ao doente, e onde foi possível realizar uma abordagem sequencial e o mais rápida possível, conforme as indicações do algoritmo de Suporte Avançado de Vida [SAV], adquiridas durante o Curso de Mestrado (Anexo 4), que se veio juntar à formação em Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa que já tinha frequentado por conta pessoal (Anexo 5).

Neste estágio foi também possível adquirir conhecimentos acerca da monitorização de doentes em estado crítico, e interpretação de traçados eletrocardiográficos, permitindo assim identificar sinais de alerta para situações potencialmente geradoras de paragens cardiorrespiratórias e outras complicações. Para tal, foram também importantes os conhecimentos adquiridos durante os cursos de “Eletrocardiografia Básica” (Anexo 6) e Eletrocardiografia Essencial” (Anexo 7).

Ainda no decorrer deste estágio e no que toca ao manuseamento de equipamentos disponíveis, também me foi possível a aquisição de conhecimentos sobre a utilização e manuseamento de seringas e bombas infusoras. As situações predominantes estavam relacionadas com a perfusão de DNI, Amiodarona, Isoprenalina, Furosemida e Morfina, tendo sido dado pelo enfermeiro orientador especial ênfase aos efeitos adversos da sobredosagem e consequentes sinais de alerta de quando o efeito terapêutico era ultrapassado.

Embora o número de doentes ventilados no SU seja normalmente baixo, foi possível neste estágio adquirir conhecimentos sobre tipos de ventilação, padrões ventilatórios e o manuseamento correto quer do aparelho, quer dos consumíveis utilizados no mesmo. Estes conhecimentos, espero que em breve sejam aumentados com uma formação creditada e certificada em ventilação. Por sua vez, no estágio realizado na UCI deparei-me com inúmeros doentes críticos, que careciam de estar conectados ao ventilador e normalmente sob sedação e analgesia opioide que permitiu desenvolver

competências no manuseamento neste tipo de equipamento e na prestação de cuidados aos doentes que deles necessitavam.

Sendo o enfermeiro o responsável pela terapêutica que administra, é fundamental a aquisição de conhecimentos farmacológicos. Sobre esta temática, no contexto de estágio tive contacto com uma quantidade considerável de fármacos com os quais não tinha tido quase contacto até então e outros com os quais nunca tinha mesmo contactado, o que implica uma atualização de conhecimentos sobre os mesmos, no que respeita à classe, indicações, contraindicações e efeitos secundários. Houve por isso uma necessidade de aprofundar conhecimentos, questionar o enfermeiro responsável pela minha orientação nesse campo de estágio sempre que era pertinente e conseguir estar alerta para atuar na prevenção de eventuais complicações.

Por último foram ainda adquiridos conhecimentos sobre comunicação. Esta que é uma das maiores capacidades dos enfermeiros e que requer um emissor, um recetor e uma via de comunicação. Nos casos dos doentes internados em SO, estando na maioria dos casos desorientados, prostrados e muitas vezes afásicos, essa mesma comunicação é de extrema dificuldade. No entanto, essa competência foi também melhorada através da prestação de informações a familiares. O SU é um serviço onde cabe ao enfermeiro a comunicação de múltiplas situações, inclusive a comunicação de más notícias. Neste estágio, foi-me possível a prestação de cuidados de enfermagem à família do doente crítico, transmitindo informações que levassem a uma melhor gestão emocional, diminuição da ansiedade e no incremento da capacidade do papel de cuidador principal. No caso do estágio da UCI, devido aos doentes estarem normalmente sob sedação, a comunicação foi uma das barreiras com que me deparei na relação com o doente.

Também a realização do PIS foi importante na aquisição desta competência, uma vez que após estar definida a problemática e através da elaboração da revisão integrativa da literatura, permitiu mobilizar conhecimentos de forma a otimizar os cuidados prestados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica.

A Unidade Curricular de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada e a Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2, permitiram a aquisição de conhecimentos teóricos que se revelaram fundamentais quer na prestação de cuidados durante os estágios, quer na aquisição da presente competência específica.

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

No decorrer do estágio, foram várias as vezes em que foi abordado com o enfermeiro orientador a temática da catástrofe ou emergência multi-vítima. O facto de o enfermeiro orientador ser um dos enfermeiros que presta serviço na Viatura Médica de Emergência e Reanimação [VMER] que está vinculada à ULSNA faz com que este tenha uma enorme experiência sobre esta temática e que seja por isso uma boa fonte de conhecimento.

Devido a terem dado entrada no SU algumas situações provenientes principalmente de acidentes rodoviários com multi-vítimas, possibilitou também observar e participar nos cuidados prestados neste tipo de situação, tendo por base a dinâmica multidisciplinar e do serviço em si, perante uma situação deste tipo. Sendo estes doentes na sua grande maioria vítimas de trauma, considero que a formação em *International Trauma Life Support* [ITLS] (Anexo 8), foi muito importante para uma abordagem mais correta ao doente de trauma bem como para uma prestação de cuidados assertiva e segundo as *guidelines* mais atuais em doentes vítimas de trauma, possibilitando assim desempenhar uma prática de cuidados baseados na evidência.

O facto de Portalegre ser um distrito com ligação muito próxima a Espanha, com ligação a mais que uma autoestrada, com linha férrea para transporte de mercadorias e com diversos eventos no decorrer do ano, faz com que se torne numa zona com elevada probabilidade para a ocorrência de cenários multi-vítima. Além disso, existem ainda diversas barragens e praias fluviais, onde no período do verão existe um grande fluxo de pessoas. Esta foi uma temática abordada mais do que uma vez em contexto de conversa sobre as causas mais prováveis para acidentes multi-vítima na área de intervenção do Hospital de Portalegre, tendo sido também abordadas as possíveis evacuações de doentes que careçam de especialidades médicas inexistentes neste SU e como se deve proceder em caso de transporte de doente crítico.

Durante o estágio, tive também a oportunidade de consultar o plano de catástrofe da ULSNA, disponível na *intranet*, discutir o mesmo com o enfermeiro orientador de modo a perceber o papel do enfermeiro do respetivo plano de acordo com a situação, bem como do plano de emergência médica de ambos os serviços onde foram realizados os estágios.

Com o objetivo de aprofundar noções que já detinha e de adquirir novos conhecimentos sobre o meio pré-hospitalar, realizei três turnos na ambulância de Suporte Imediato de Vida, sediada no SUB da Ponte de Sôr, e um turno na VMER sediada no HDJMG. Em ambos, foi possível compreender qual o papel do enfermeiro nos diferentes meios de emergência e tomar conhecimento das formas e protocolos de atuação em meio pré-hospitalar, baseadas nas mais recentes evidências científicas.

Também o facto de pertencer ao Corpo Ativo dos Bombeiros Voluntários de Portalegre desde 2003 até 2017, e ao Corpo Ativo dos Bombeiros Voluntários de Castelo de Vide desde 2017 até ao presente, tendo estado presente mais do que uma vez em grandes incêndios por todo o país, acidentes com multi-vítimas e outros cenários de catástrofe como a derrocada da pedreira em Borba, enquanto mergulhador operacional da Unidade de Salvamento Aquático do Distrito de Portalegre, me fizeram adquirir conhecimentos e competências para atuação em cenários de catástrofe e multi-vítimas, demonstrando conhecimentos atualizados, mas também a calma necessária e adequada à situação para operar em situações de catástrofe.

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Durante a realização deste estágio, tive a oportunidade de reler e analisar a documentação que se encontra disponível na *Intranet* da ULSNA, que está disponível para consulta por todos os funcionários desta Unidade de Saúde, disponibilizada pelo Programa de Prevenção e Controlo de

Infeções e Resistência a Antimicrobianos [PPCIRA], tendo as questões que causaram dúvidas, foram abordadas e esclarecidas entre mim e o enfermeiro orientador.

O SU é um serviço com elevadas probabilidades de infecção por organismos multirresistentes, é necessário que os profissionais que nele desempenham funções adotem uma preocupação na forma de trabalhar. Deste modo, cabe ao enfermeiro contribuir para a vigilância e controlo desses mesmos organismos através da adoção de medidas que vão ao encontro das emanadas pelo PPCIRA. De notar que neste serviço, muitos dos doentes apresentam diversos dispositivos invasivos, que são necessários manusear e em que a probabilidade de infecção é elevada, caso não sejam cumpridas as normas de assepsia, como é os casos dos cateteres vesicais colocados muitas vezes ainda em balcão, e em alguns casos a utilização de ventilação invasiva na sala de emergência.

Também o facto de ser um serviço em que a afluência de utentes é elevada diariamente, e onde é necessária alguma celeridade nos cuidados prestados e onde a alternância entre os doentes é elevada, cabe ao enfermeiro ter todos os cuidados necessários, de forma a não ser um meio de transporte de organismos multirresistentes entre os doentes que aqui recorrem. Por isso, considero que este estágio, foi extremamente útil ao desenvolvimento dos meus conhecimentos e competências enquanto futuro enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Neste serviço, existem dois ventiladores invasivos, que são utilizados diversas vezes com o propósito da estabilização dos doentes, de modo a permitir o transporte do doente inter ou intra-hospitalar, não deixando, no entanto, de ser utilizado sempre que necessário, quer na Sala de Emergência, quer em SO.

Em SO, são também frequentes os casos de doentes, isolados por microrganismos resistentes, sendo o tipo de isolamento adotado variado consoante a localização e o tipo de microrganismo, e consequentemente varia também o equipamento de proteção individual utilizado.

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.3. Competências do Mestre em Enfermagem

5.3.1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada

Durante os estágios e na minha vida profissional, principalmente em fases de integração a novos serviços, observar colegas mais experientes e/ou enfermeiros orientadores aliando essas observações aos conhecimentos adquiridos ao longo do tempo, com a finalidade de adequar a minha prática ao serviço onde me encontrava e assim demonstrar competências de concepção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados prestados.

Este processo está em constante mudança e atualização e deve ser adequado à evolução diagnóstica do doente adequando as intervenções com vista aos resultados esperados. O estágio na UCI e os turnos realizados na Sala de Emergência do SU, permitiram a prestação de cuidados ao doente instável e em situação crítica podendo em alguns casos ver resultados das intervenções realizadas ao fim de pouco tempo.

A observação do trabalho realizado pelas chefias, conforme referido anteriormente nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, foi também importante na aquisição de competências na gestão dos cuidados de enfermagem e de recursos humanos,

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.3.2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

Para a realização do PIS, implementado no SU do HDJMG, foi necessária a realização de uma revisão integrativa da literatura, da qual resultou um artigo científico (Apêndice 8), com vista à contribuição e disseminação da enfermagem. Esta revisão, serviu como fundamentação teórica à realização e implementação do PIS.

A Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem como parte integrante do Plano Curricular de Mestrado, permitiu o aumento do conhecimento de como realizar investigação em enfermagem, e principalmente da importância da investigação com vista à prática de enfermagem baseada na mais recente evidência científica.

Também a escolha do Modelo Teórico da Prática Baseada na Evidência, onde a investigação tem um papel preponderante, permitiu a aquisição de conhecimentos sobre a investigação em enfermagem e a importância da mesma.

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.3.3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais

Durante ambos os estágios, e enquanto profissional demonstrei vontade e capacidade de aprendizagem de novos conhecimentos integrando os mesmos na minha prática diária, tornando esta melhor e mais atual.

Tentei, sempre que possível durante os estágios, auxiliar na tomada de decisão e gestão de situações complexas, elucidando sobre quais seriam as minhas decisões e discutindo as mesmas com os enfermeiros orientadores. Prestei sempre cuidados de forma responsável e tendo como único objetivo a melhoria do estado de saúde do utente.

Tive sempre em atenção, as responsabilidades éticas, profissionais e sociais inerentes à profissão de enfermagem, tendo especial atenção à forma de ser e estar como é apanágio da profissão de enfermagem.

Quer durante o meu percurso enquanto estudante da Licenciatura em enfermagem, quer enquanto enfermeiro e neste momento enquanto aluno do Mestrado em Enfermagem, tentei sempre absorver o máximo de conhecimentos oriundos de colegas mais experientes, o que me permitiu tomar decisões e gerir situações complexas de modo mais assertivo, ponderando sempre as implicações e as responsabilidades inerentes à situação o que me permitiu evoluir enquanto profissional mas também enquanto pessoa. Esta evolução não é, no entanto algo que tenha estagnado, uma vez que a aprendizagem está presente todos os dias enquanto profissional, tendo especial atenção que não existem duas situações iguais e cada doente é um ser holístico, com as suas características próprias e que necessita de cuidados individualizados.

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.3.4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

Durante a minha vida enquanto aluno de enfermagem, profissional e aluno do Mestrado, tentei sempre aumentar os meus conhecimentos, com o objetivo de prestar adequados e atualizados. Tentei sempre basear a minha prática diária na mais recente evidência científica e tendo sempre em atenção os gostos e vontades dos utentes.

Para o aumento dos meus conhecimentos, na temática abordada no PIS, frequentei e terminei com sucesso a formação profissional Violência Doméstica – Compreender e intervir, curso este ministrado na íntegra pelo Gabinete de Formação da APAV (Anexo 9).

Com a finalidade de manter os conhecimentos o mais atualizados possível, recorro regularmente de forma autónoma à consulta de informação pertinente e de novas *guidelines* de

atuação, de modo a assegurar uma prestação de cuidados baseada em evidência científica, recente e adequada ao serviço onde exerço funções. Sendo a saúde uma área em constante evolução é de todo pertinente que os enfermeiros, bem como outros profissionais de saúde mantenham os seus conhecimentos atualizados quer através de formação interna ou externa, mas também através de estudo autodidata, pois só assim se consegue responder de forma assertiva aos desafios em que nos deparamos no exercício da profissão.

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.3.5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais

A integração na equipa da UCI durante o estágio, bem como a integração numa equipa diferente no estágio realizado no SU, permitiu participar de forma proactiva em equipas diferentes à da minha prática diária.

Para a existência dessa proactividade, é necessário haver estudo prévio de forma autodidata, que permita à vontade na prestação de cuidados fundamentando estes em evidência científica, aproveitando os estágios para esclarecimento de dúvidas e aprendizagem de novos conhecimentos.

A Unidade Curricular de Relação de Ajuda, além de me capacitar na forma de melhor comunicar com o doente, também teve uma forte componente de relação interpessoal, e os conhecimentos adquiridos facilitaram também a integração em novas equipas e a participação ativa no seio das mesmas, bem como nos projetos inerentes à temática da violência, que existem no SU.

A realização do PIS permitiu também ter um papel proactivo quer na EPVA quer no NHCJR do HDJMG.

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.3.6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular

Para a aquisição desta competência, quer a realização do PIS quer a frequência do 3º Mestrado foram cruciais. Para a realização do PIS, foi necessário anteriormente proceder à análise diagnóstica para identificar uma lacuna no serviço que a implementação pudesse vir a colmatar, e posteriormente, procedeu-se ao planeamento a intervenção. A frequência do 3º Mestrado forneceu ferramentas que se tornaram essenciais para a análise diagnóstica e planeamento.

Consciente da importância da investigação conforme referido anteriormente, e da constante atualização das políticas de saúde e das *guidelines* em enfermagem estive presente em todas as formações em serviço realizadas, bem como realizei duas sessões de formação enquanto preletor, uma na UCI e outra no SU, que serviram como meio complementar de avaliação. Além disso, realizei outras sessões de formação também enquanto preletor durante o meu percurso profissional e académico. Além das formações e consciente da importância do processo formativo nos enfermeiros, participei enquanto orientador de 3 alunos da Licenciatura em Enfermagem durante o estágio de Fundamentos de Enfermagem dos mesmos.

Pelo que foi anteriormente descrito, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

5.3.7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade

Tendo em conta que a aquisição desta competência, resulta da total aquisição das competências anteriormente descritas, das atividades desenvolvidas e consignadas no presente relatório, considero que esta competência foi desenvolvida e aprofundada, e consequentemente atingida.

6. CONCLUSÃO

A elaboração do presente Relatório de Estágio além de ser um elemento de avaliação 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, permitiu materializar as atividades e intervenções por mim realizadas durante os períodos de estágio. Refletir para o elaborar, permitiu desenvolver a capacidade de raciocínio crítico o que veio incrementar os conhecimentos e permitiu assim, uma mudança nos cuidados prestados, baseando estes em evidência científica.

Os estágios, desenvolveram-se em contextos diferentes e com tempos de contacto também diferentes. O primeiro, foi desenvolvido na UCIDEM da ULSNA, onde me deparei com uma realidade totalmente nova para mim o que obrigou a uma maior dedicação na aprendizagem, tendo em vista a aquisição de novos conhecimentos. Ultrapassar as dificuldades iniciais com que me deparei neste contexto, permitiram uma evolução muito positiva, enriquecimento profissional, realização pessoal e principalmente a aquisição de novos conhecimentos atuais e baseados em evidência, sobre uma realidade que até então me era totalmente desconhecida, mas que me permitiram evoluir enquanto profissional de saúde, quer ao nível da prestação direta de cuidados, quer ao nível da comunicação com doentes maioritariamente sob sedação e analgesia.

O segundo estágio, foi desenvolvido no SU da ULSNA, que embora fosse o contexto onde estou a trabalhar, ainda me encontrava numa fase muito preliminar e a aquisição de competências inerentes às funções de Enfermeiro Especialista, foram um forte contributo quer para a minha integração no serviço, quer para a minha evolução enquanto profissional. Foi também no SU onde foi implementado o PIS, que veio a contribuir com novos conhecimentos para a equipa do SU e com a criação de um circuito interno adequado ao doente vítima de violência interpessoal, referenciação do mesmo e posterior encaminhamento sempre que se verifique necessário. O PIS foi realizado tendo por base a evidência mais recente, recolhida em bases de dados certificadas e foi culminado com uma formação aos profissionais do SU, que permitiu transmitir a mais recente informação sobre a temática a todos os presentes.

A realização e organização de um trabalho de projeto, é indispensável na saúde em geral e especificamente na área da enfermagem, pois possibilita gerir as melhores estratégias, a realização

de pesquisas e a união de esforços de todos os que o constituem com vista à melhoria dos cuidados prestados na instituição pelos próprios profissionais e assim obter melhorias para a comunidade a quem são prestados os cuidados ou ao público alvo do projeto (Ferrito, Ruivo, & Nunes, 2010).

A realização do mesmo, permitiu perceber que embora existam esforços de várias instituições e governos, ainda há um enorme caminho a percorrer para um atendimento adequando às vítimas de violência interpessoal, que irá ter sempre que começar pela formação adequada dos profissionais de saúde, adequação dos espaços físicos e inclusão dos familiares sempre que exista essa necessidade.

Pessoalmente, penso terem sido atingidos os objetivos inicialmente delineados na introdução deste relatório, tendo sido conseguido um diagnóstico de situação esclarecedor, sobre o flagelo da violência que afeta a população quer em países mais desenvolvidos, como em países menos desenvolvidos. A implementação do PIS, veio no meu ver acrescentar ao SU uma melhor qualidade nos cuidados prestados especificamente às vítimas de violência interpessoal, que conforme foi descrito durante o presente relatório são ainda uma grande percentagem da população mundial.

Terminada esta fase do meu percurso académico e profissional, posso concluir que os estágios, mais do que um meio de avaliação quantitativa, se tornaram numa ferramenta de extrema importância, oferecendo-me a possibilidade de evoluir pessoal e profissionalmente através da observação de profissionais especializados, que sempre se demonstraram disponíveis para transmitir conhecimentos e esclarecer as dúvidas que foram surgindo ao longo do tempo. Apenas e só assim, foi possível tornar-me mais competente enquanto profissional de saúde e adquirir mais conhecimentos na abordagem ao doente crítico, sem esquecer o papel preponderante das famílias destes mesmos doentes e as necessidades das mesmas.

A reflexão realizada por mim, com vista à análise das competências adquiridas foi também importante, pois permitiu novas aprendizagens, que espero vir a utilizar na prestação de cuidados especializados de enfermagem, enquanto futuro Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, consciencializado daquelas que são as competências inerentes a esses títulos.

7. BIBLIOGRAFIA

APAV. (2014). *Tipos de Violência e Crime*. Obtido em Janeiro de 2020, de Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: <https://www.apav.pt/idosos/index.php/violencia-crime/tipos-de-violencia-e-de-crime>

APAV. (Março de 2019). *Relatório Anual de 2018*. Obtido em Fevereiro de 2020, de Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2018.pdf

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Diário da República nº 123/2017 – II Série. (2017). Em *Despacho nº 5656 de 28 de Junho*. Lisboa.

Diário da República nº 94/2013 – II Série. (2013). Em *Despacho nº 6378/2013 de 16 de Maio*. Lisboa.

Diário da República, 2ª Série - Nº 135. (16 de Julho de 2018). Em *Regulamento 429/2018*.

Diário da República, 2ª Série - Nº26. (6 de Fevereiro de 2019). Em *Regulamento n.º 140/2019*.

Direção Geral de Saúde. (2016). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde (2ª edição)*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Esc. Sup. de Enf. da Univ. de Évora, Esc. Sup. de Saúde do Inst. Poli. de Portalegre, Esc. Sup. de Saúde do Inst. Poli. de Beja, Esc. Sup. de Saúde do Inst. Poli. de Setúbal, Esc. Sup. de Saúde do Inst. Poli. de Castelo Branco. (2017). *Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem*. Obtido em Janeiro de 2020, de Universidade de Évora: <http://gdoc.uevora.pt/480468>

Ferrito, C., Ruivo, M., & Nunes, L. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva e Etapas. *Revista Percursos*, 5(ISSN 1646-5067), 1-37.

Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação, Da Concepção à Realização*. Lisboa: Lusociência.

Grupo Ânima Educação. (2014). *Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: A Pesquisa Baseada nas Evidências*. Belo Horizonte: EAD - Educação a Distância.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Obtido em Janeiro de 2020, de World Health Organization: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf

- Larrabee, J. (2011). *Nurse to Nurse - Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.
- Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L., Nóvoa, A., Barros, P., Silva, S., . . . Amândio, S. (2006). *Prevenir ou Remediar - Os Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres*. Lisboa: Colibri.
- Long, E., & Dowdell, D. (2018). NURSES' PERCEPTIONS OF VICTIMS OF HUMAN TRAFFICKING IN AN URBAN EMERGENCY DEPARTMENT: A QUALITATIVE STUDY. *Journal of Emergency Nursing*, 44(<https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.11.004>), 375-384.
- Magalhães, T. (2010). *Violência e Abuso - Estado da Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, M., Zocche, D., & Rohden, J. (2018). Atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica em um serviço de urgência e emergência. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*(21, n.3), 43-48.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2015). *Código Deontológico*. Obtido em Fevereiro de 2020, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Pasqualone, G., & Michel, C. (Janeiro - Março de 2015). Forensic Patients Hiding in Full View. *Critical Care Nursing Quarterly*, Vol. 38, No. 1, pp. 3-16.
- Periberan. (2020). *Dicionário Periberan da Língua Portuguesa*. Obtido em Janeiro de 2020, de <https://dicionario.priberam.org/violência>
- Polir, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D., & Beck, C. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (L. W. & Ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- PORDATA. (2018). *Que municípios têm maior área*. Obtido em Fevereiro de 2020, de https://www.pordata.pt/Municipios/Superf%C3%ADcie-57?fbclid=IwAR0FSAmXBJXR9JUubWv9us4gyy__qIG0yWSR6MY6fxz5gv7F2qcK9E1sSUs

- Rahmqvist, J., Benzein, E., & Arestedt, K. (2014). Nurses' views of forensic care in emergency departments and their attitudes, and involvement of family members. *Journal of Clinical Nursing*(doi: 10.1111/jocn.12638), 1-9.
- Rahmqvist, J., Benzein, E., & Erlingsson, C. (2018). Challenges of caring for victims of violence and their family members in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 42(<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.10.007>), 2-6.
- Rosswurm, M., & Larrabee, J. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 4 (31), 317-322.
- ULSNA. (2020). *Missão da Instituição*. Obtido em Janeiro de 2020, de Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano: <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>

ANEXOS

Anexo 1 – Declaração de Aceitação de Orientação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio do estudante **Luis Filipe Raimundo Ramos**, nº 10560, do curso de **Mestrado em Enfermagem**.

Trata-se de um trabalho que se enquadra no âmbito da Área de Especialização em **Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica**, que versa sobre a temática da **“Triage, referência e encaminhamento do adulto vítima de violência.”**.

Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente e porque reconheço no mestrando adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico a sua orientação.

Portalegre, 7 de novembro de 2019

O Orientador

Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (PhD)

Anexo 2 – Deliberação do Conselho Técnico-Científico da ESSP



DELIBERAÇÃO - 2019 / 25

CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO

ASSUNTO: **APROVAÇÃO DOS PROJETOS DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO – ANO LETIVO 2019/2020 – 3ª EDIÇÃO**

De acordo com Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação, O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emite parecer favorável aos temas, planos de trabalho correspondentes e respetivos orientadores de cada um dos Ramos de Especialidade de acordo com o mapa que se anexa:

Portalegre, 4 de dezembro de 2019

O Presidente do Conselho Técnico-Científico

(Raul Alberto Carrilho Cordeiro, *Professor Adjunto*)



Anexo 3 – Parecer Positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA

08

ULSNA

ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO

ENTRADA Nº 201908927 (Nov)

21/05/20

Sandra OLIVEIRA

INFORMAÇÃO

N.º12/2020, de 21 de maio

De: Maria Luiza Lopes

Para: Sr. Vogal Executivo- Dr. Jorge Lourenço Marques

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para desenvolvimento de projeto de estágio "Triage e encaminhamento do Adulto Vitima de Violência."

PARECER

DESPACHO/DELIBERAÇÃO

O CS delibera ainda e a
ponte informas.
Devido ser de alto impacto:
- ao repunte
- ao ombudante
- A J. E. C. de S. de S. de S.
- A C. de S. de S.
2020/05/28

O mestrando, Sr. Enf.º Luis Filipe Raimundo Ramos, solicitou autorização junto da ULSNA para desenvolver um projeto de estágio, no âmbito da Unidade Curricular de Projeto/Estágio, inserida no Mestrado Em Enfermagem em associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Cuidados à pessoa em situação crítica, lecionado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre: "Triage e encaminhamento do Adulto Vitima de Violência."

Cumpra apreciar:

I- Enquadramento

O estudo encontra enquadramento e justificação no âmbito da unidade curricular de projeto/estágio do curso de mestrado que o requerente se encontra a realizar.

Salienta-se que a sua atividade de enfermeiro é exercida no Serviço de Urgência onde a presente temática assume relevância visto tratar-se da porta de entrada, onde o presente projeto poderá ser facilitador do encaminhamento eficaz e célere do adulto vitima de violência.

De salientar ainda, que como refere o requerente, a sua intervenção tem por base as diretrizes emanadas pela Direção Geral da Saúde, materializadas no manual "Violência interpessoal- abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde."

II- Objetivos

O objetivo major deste projeto de intervenção é capacitar os enfermeiros do serviço sobre a atuação em casos de violência, desde a triagem do doente até à respetiva alta, através da implementação de um circuito de resposta eficaz. Para sua execução será ministrada uma formação em serviço.

III- Tipo de Estudo

MOD.07.ADM.02

CES
2

Página 1 de 2



INFORMAÇÃO
N.º12/2020, 21 de maio

Trata-se da implementação de um projeto/procedimento, pelo que não é enquadrável na definição de estudo.

IV- População alvo

Enfermeiros que exercem a sua atividade no Serviço de Urgência do HDJMG.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Não existem dados a colher. Trata-se como supra se referiu da implementação de um procedimento que permita aos profissionais de enfermagem efetuar um encaminhamento eficaz de eventuais vítimas de violência interpessoal. O presente projeto visa capacitar os referidos profissionais a uma efetiva triagem, identificação e encaminhamento tal como consta do folheto apresentado.

O procedimento não se encontra abrangido pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados por não serem colhidos dados sensíveis enquadráveis no aludido Regulamento.

VI- Metodologia no Tratamento dos Dados

Não são tratados dados sensíveis como supra se referiu.

VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do projeto de intervenção, concluímos pela importância do mesmo, importando referir que não se encontra em causa qualquer questão ético legal.

O requerente pretende apenas implementar um projeto no serviço onde exerce a sua atividade, tendo obtido a anuência dos seus superiores hierárquicos.

O projeto parece-nos pertinente, tanto mais que pretende implementar as orientações da Direção Geral da Saúde sobre a matéria.

Não existindo qualquer questão ética a dirimir, a sua implementação dispensaria o parecer deste grupo de trabalho.

Porém, em cumprimento do despacho exarado, pronunciamo-nos favoravelmente à implementação do projeto, parecendo-nos, caso assim se entenda que o mesmo deverá merecer autorização.

Propomos que o serviço decorrido um ano da sua implementação, proceda a uma avaliação dos contributos que este projeto aportou para as vítimas.

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- Ao Sr. Enf.º Luis Filipe Raimundo Ramos;
- Aos orientadores, prof. Doutor Adriano Pedro e Enf.º Especialista Luis Rodrigues;
- À Sr.ª Enf.ª Chefe do SU, Arminda Dias Pedro;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P¹a Comissão de Ética

MARIA LUIZA
NUNES
LOPES
FERREIRA

Assinado de forma
digital por MARIA
LUIZA NUNES
LOPES FERREIRA
Dados: 2020.05.21
10:38:35 +01'00'

Anexo: Requerimento com projeto e documentação anexa.

Anexo 4 – Certificado de Conclusão com Aproveitamento do Curso “Suporte Avançado de Vida”



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Luís Filipe Raimundo Ramos

08/12/1986

Received the ERC qualification
Advanced Life Support (ALS)
In Portalegre, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
Course Director



Date last course: 11/05/2019

This certificate is valid from 11/05/2019 to 11/05/2024

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-624-308521

Anexo 5 - Certificado de Conclusão com Aproveitamento do Curso de Formação Profissional de “Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa”



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Luis Filipe Raimundo Ramos**, nascido em 08-12-1986, com o Número de Identificação Civil 13054168, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa

Acreditado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, que decorreu em 06-02-2019, com a duração de 7 horas, tendo obtido a classificação de 20 valores (0-20).

Linda-a-Velha, 6 de fevereiro de 2019

O Responsável pela DAE Express,

Francisco Tavares de Castro

Certificado nº 19DAE008-4 /2019

Validade: INEM 5 anos



DAE Express Unipessoal, Lda.
Largo da Lagoa, 7 C • 2795-116 Linda a Velha • Portugal
info@dae-express.pt • www.dae-express.pt

**Anexo 6 - Certificado de Conclusão com Aproveitamento do Curso de Formação
Profissional de “Eletrocardiografia Essencial”**



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Portaria nº 474/2010, de 8 de Julho)

Certifica-se que:

Luis Filipe Raimundo Ramos

Natural de Portalegre, nascido a 08/12/1986, nacionalidade Portuguesa, sexo Masculino, titular do nº. de identificação 130541680ZY6 (Cartão do Cidadão), concluiu com aproveitamento o Curso de Formação Profissional em

Eletrocardiografia - Essencial

Que decorreu no dia 28/09/2019, com a duração total de 4 horas.

Massamá, 28 de Setembro de 2019

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

Pedro Rodrigues

Dr. Pedro Rodrigues

Certificado n.º 10ECES2019-11089



**ACADEMIA
FEMÉDICA**



**ENTIDADE
ACREDITADA**
FORMAÇÃO EM
EMERGÊNCIA MÉDICA



**Anexo 7 - Certificado de Conclusão com Aproveitamento do Curso de Formação
Profissional de “Eletrocardiografia Avançada”**



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Portaria nº 474/2010, de 8 de Julho)

Certifica-se que:

Luis Filipe Raimundo Ramos

Natural de Portalegre, nascido a 08/12/1986, nacionalidade Portuguesa, sexo Masculino, titular do nº. de identificação 130541680ZY6 (Cartão do Cidadão), concluiu com aproveitamento o Curso de Formação Profissional em

Eletrocardiografia - Avançada

Que decorreu no dia 28/09/2019 com a duração total de 6 horas, tendo obtido a classificação final de 18.5 valores, numa escala de 0 a 20.

Massamá, 28 de Setembro de 2019

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

Pedro Rodrigues

Dr. Pedro Rodrigues

Certificado n.º 8ECAV2019-11089



**ACADEMIA
FEMÉDICA**



**ENTIDADE
ACREDITADA**
FORMAÇÃO EM
EMERGÊNCIA MÉDICA



**Anexo 8 - Certificado de Conclusão com Aproveitamento do Curso de Formação
Profissional de “*International Trauma Life Support*”**



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Luis Filipe Raimundo Ramos natural de Portalegre nascido em 08/12/1986, com o N.º de Cartão de Cidadão 13054168 0ZY6 válido até 19/10/2027, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de International Trauma Life Support Advanced, em 16/06/2019, com a duração de 16:00 horas.

| Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações | Horas (hh:mm) | Classificação 0..100 |
|---|------------------|-------------------------|
| Avaliação Prática | 8:00 | - |
| Avaliação Teórica | 8:00 | 80 |
| Nota Final | | 80 |

Queluz, 29 de julho de 2019

O(A) Responsável pela FEMÉDICA - Formação e Emergência Médica, Lda.

(Assinatura e selo branco ou carimbo)



Certificado n.º 1446/2019 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

**Anexo 9 - Certificado de Conclusão com Aproveitamento do Curso de Formação
Profissional de “Violência Doméstica: Compreender e Intervir”**



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Luis Filipe Raimundo Ramos natural de Portalegre nascido em 08/12/1986, com o N.º de Cartão de Cidadão 13054168 0ZY6 válido até 19/10/2027, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Curso | Violência Doméstica: Compreender e Intervir, em 29/01/2020, com a duração de 30:00 horas.

| Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações | Horas (hh:mm) | Classificação 0..20 |
|--|---------------|---------------------|
| Módulo I Violência Doméstica e de Género. Conhecer a situação e refletir sobre ela | 6:00 | - |
| Módulo II Violência Doméstica: Princípios de Intervenção | 8:00 | - |
| Módulo III A Lei e o Combate à Violência Doméstica | 6:00 | - |
| Módulo IV Sistema de Referência e Encaminhamento | 4:00 | - |
| Módulo V Discussão de Casos Práticos | 6:00 | - |
| Nota Final | | 18 |

Lisboa, 13 de fevereiro de 2020

O(A) Responsável pelo(a) APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

APAV
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

Rua José Estêvão, 135 A
1150-201 Lisboa
apav.sede@apav.pt
+351 21 358 79 00

Certificado n.º 59/2020 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

APÊNDICES

Apêndice 1 – Tabelas de Resultados da Revisão de Literatura

RESULTADOS

| Referência do Estudo | Objetivo do Estudo | Desenho do Estudo | Participantes no Estudo | Resultados do Estudo |
|--|--|---|---|---|
| Rahmqvist, J., Benzein, E., & Erlingsson, C. (2018). <i>Challenges of caring for victims of violence and their family members in the emergency department. International Emergency Nursing</i> .doi:10.1016/j.ienj.2018.10.007 | Descrever as experiências dos enfermeiros no atendimento a vítimas de violência, no serviço de urgência. | Estudo Qualitativo. As entrevistas individuais que decorreram entre Janeiro e Abril de 2015, num total de 4 meses. | 12 Enfermeiros que trabalham em 4 Serviços de Urgência na Suécia. | <p>Lutar para intervir e falar sobre violência: A maioria dos participantes, refere que a falta de tempo e de um espaço apropriado, foram a primeira grande prioridade, mesmo não sendo isto, visto como prioritário na organização do Serviço de Urgência. Havia a necessidade de passarem mais tempo junto das vítimas de violência, mas tinham muitas outras pessoas à espera para ser atendidas; A falta de tempo, fazia muitas vezes com que apenas fossem tratados os danos físicos, quando estes pacientes precisavam de outro tipo de cuidados, todos reconheceram que demonstrar disponibilidade facilita a comunicação; Muitos, referiram também muitas vezes terem suspeitas de vítimas de violências, mas acabaram por não sinalizar os doentes, referindo incerteza em agir; Todos os inquiridos, reconheceram a importância de falar sozinho com as vítimas embora apenas uma parte o faça, principalmente em vítimas idosas com elevado grau de dependência.</p> <p>Contradições familiares Os enfermeiros têm dificuldade em perceber quando o familiar quer ajudar nos cuidados das vítimas, ou quando são perpetradores de violência e por esse motivo não abandonam a vítima. Em casos de violência não doméstica, os familiares</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>são um elo de ligação perfeito entre o enfermeiro e a vítima; Em vítimas de violência física grave, muitos familiares acabam também por ser assistidos para receber ajuda.</p> <p>Diretrizes ajudam, mas são insuficientes Os enfermeiros, referem que as criações de diretrizes no serviço ajudaram na prestação de cuidados, no entanto referem ter ainda falta de conhecimento em como ajudar e em redes para posterior referência;</p> <p>Os participantes referem dificuldade em documentar questões sobre violência, como registo fotográfico ou denúncias, achando que isso é uma função do médico; A maioria reconheceu, que muito os cuidados prestados estavam dependentes do esforço individual em procurar mais informações sobre a forma de agir; Todos reconheceram a importância de falar com outros enfermeiros sobre o sucedido de forma a trocar experiências e ampliar as conceções sobre violência.</p> <p>Lidar com as próprias emoções Referem ser emocionalmente desgastante, causando frustração e sentimentos de raiva; Diferentes tipos de violência geram diferentes cuidados. Olham para uma vítima de violência sexual como uma vítima, mas olham para uma vítima de violência num bar como o culpado pela agressão; Enfermeiros vítimas de violência têm mais dificuldade em prestar cuidados; O apoio dos colegas é fundamental para lidar com a resposta emocional.</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <p>Oliveira, M., Zocche, D. & Rohden, J. (2018). <i>Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica em um Serviço de Urgência e Emergência. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research</i> 21(3), 43-48.</p> | <p>Analisar o atendimento prestado a mulheres vítimas de violência, por parte dos enfermeiros de um serviço de urgência.</p> | <p>Estudo Qualitativo. As entrevistas individuais que decorrem em Setembro de 2016.</p> | <p>6 Enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência de um Hospital Central Brasileiro</p> | <p>Trabalhar com a saúde da mulher nem sempre é uma questão de escolha Nenhum dos entrevistados revela ter qualquer formação específica sobre saúde da mulher, referindo que isso traz dificuldades no atendimento de mulheres vítimas de violência; A maioria das mulheres vítimas de violência não refere que o são mesmo indo à urgência. Só após uma conversa ampla alguns casos acabam por referir o motivo da ida.</p> <p>Triagem de Manchester no atendimento às mulheres vítimas de violência Os enfermeiros relatam fazer um esforço para tirar com cor amarela (pouco urgente), com atendimento em cerca de 60 minutos as mulheres vítimas de violência, mas muitas vezes depende de como estas chegam ao serviço; O fluxograma utilizado é normalmente o de agressão; Para todos, este protocolo de triagem é relevante para a classificação destas vítimas, porém incompleto não contempla todas as especificidades que estas vítimas têm.</p> <p>Preparação do local e da equipa para o atendimento As diretrizes indicam que deve ser priorizado o acolhimento em detrimento da burocracia; O enfermeiro deve ter conhecimento sobre as condutas a realizar de modo a evitar a revitimização (obrigar a vítima a falar repetir várias vezes a mesma situação, o que na maioria dos casos agrava a situação),</p> |
|---|--|---|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>deve estar preparado para acolher, escutar e observar a expressão das vítimas; Os enfermeiros, regem-se pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade, mas referem falta de uma rede para referência das vítimas, tendo consciência da sua necessidade, mas havendo falta de suporte dessa mesma rede; Apontam a falta de especialistas, como psicólogo ou psiquiatra; É referido pelos inquiridos que o défice de especialistas é prejudicial, tendo principal ênfase no período noturno e fins-de-semana ou esse défice é ainda mais acentuado, ficando as vítimas muitas vezes no hospital, sem qualquer tipo de cuidado específico, apenas a aguardar a chegada de um especialista; Não existe interação entre os profissionais de saúde no planeamento de atendimento que envolva discussões ou resoluções em equipa, acabando muitas vezes por não se saber o que é que cada um faz.</p> <p>Caminhos e perspetivas para melhorar A violência doméstica foi considerada uma questão de saúde pública, o que veio a melhorar a situação, embora muito aquém do desejado; Todos os enfermeiros, referem a necessidade da criação de um fluxograma de atuação própria, incluído ou não, na Triagem de Manchester que mas permita dar resposta aos casos de violência doméstica;</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|---|---|---------------------------|---|--|
| <p>Long, E., & Dowdell, E. B. (2018). <i>Nurses' Perceptions of Victims of Human Trafficking in an Urban Emergency Department: A Qualitative Study. Journal of Emergency Nursing, 44(4), 375–383.</i> doi:10.1016/j.jen.2017.11.004</p> | <p>Analisar o atendimento prestado a vítimas de violência, por parte dos enfermeiros de um serviço de urgência.</p> | <p>Estudo Qualitativo</p> | <p>10 Enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência de um Hospital Central Americano</p> | <p>Tráfico humano Os enfermeiros, reconhecem que existem vítimas de tráfico humano e sexual, nos pacientes que recorrem ao Serviço e Urgência, revelando falta de conhecimento para triar e tratar uma vítima; Revelam principalmente incertezas relacionada com a falta de conhecimento, principalmente porque estas se apresentarem de diversas maneiras e sem se identificarem como vítimas.</p> <p>Caracterização das vítimas Todos referem que a maioria das vítimas são jovens, do sexo feminino e maioritariamente oriundas de outros países; Os inquiridos, pensam que as vítimas se apresentam sempre acompanhadas de alguém autoritário, o que demonstra falta de conhecimento sobre o assunto; A maioria refere a inexistência de vítimas do sexo masculino, pois quando vê algo na TV sobre o tema apenas relatam vítimas do sexo feminino;</p> <p>Identificação das vítimas Ao relacionarem as vítimas de tráfico humano com as vítimas de violência doméstica, faz com que os enfermeiros apenas tenham atenção à sintomatologia apresentada pelas vítimas de violência; Devido ao elevado número de IPV (intimate partner violence), faz com que na maioria dos casos os enfermeiros abordem as vítimas de tráfico humano como vítimas de violência doméstica.</p> |
|---|---|---------------------------|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Vítimas de violência doméstica São identificadas pelos entrevistados como vítimas que se apresentam “tristes, de luto e sempre na defensiva”, e que por estarem sempre em estado de choque têm uma apresentação sugestiva do mesmo, o que as diferencia por exemplo das prostitutas que recorrem ao Serviço de Urgência; Todos, referem simpatia e compaixão por estas vítimas, reconhecendo que estão numa posição-chave para identificar e cuidar destas vítimas.</p> <p>Tráfico Humano vs. Prostituição Os participantes referem que a apresentação das prostitutas vítimas de violência é em tudo diferente das vítimas de violência doméstica. As primeiras, apresentam-se duras e difíceis, não sendo vistas na maioria dos casos como uma vítima, enquanto que as segundas se apresentam como tímidas, tristes e a vivenciar uma espécie de processo de luto; Nenhum dos participantes consegue ver qualquer ligação entre uma prostituta vítima de violência e uma vítima de tráfico humano.</p> <p>Ausência de formação Todos os enfermeiros, afirmaram ter recebido formação no que toca ao atendimento a vítimas de violência doméstica, mas nenhum recebeu sobre vítimas de tráfico humano; Todos referiram que reportariam às mesmas instituições que em casos de violência doméstica, embora não trabalhem à noite.</p> |
|--|--|--|--|---|

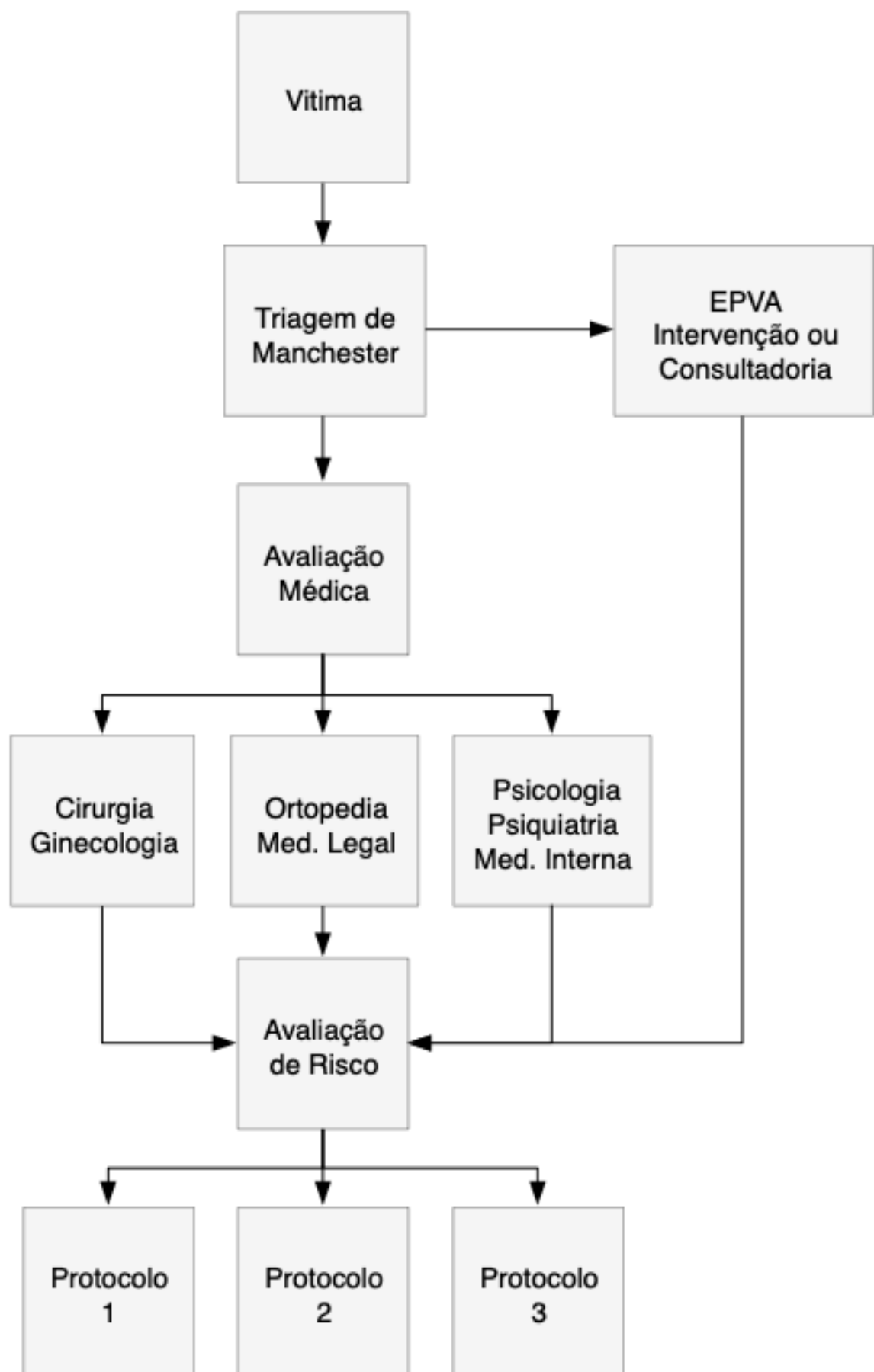
| | | | | |
|---|---|---------------------------|---|---|
| <p>Rahmqvist Linnarsson, J., Benzein, E., & Årestedt, K. (2014). <i>Nurses' views of forensic care in emergency departments and their attitudes, and involvement of family members. Journal of Clinical Nursing, 24(1-2), 266–274.</i> doi:10.1111/jocn.12638</p> | <p>Descrever as experiências dos enfermeiros no atendimento a vítimas de violência, no serviço de urgência.</p> | <p>Estudo Transversal</p> | <p>867 Enfermeiros que trabalham em 28 Serviços de Urgência na Suécia</p> | <p>A opinião sobre o atendimento Quase todos os enfermeiros (97%) cuidaram vítimas de violência nos Serviços de Urgência; Um terço (28%) recebeu formação sobre atendimento a vítimas de violência, mas a maioria (83%) dos enfermeiros relatou que eles precisavam dessa formação; A maioria dos enfermeiros (78%) relatou ter documentos específicos sobre atendimento a vítimas de violência em seus serviços. E mais de metade (60%) expressou que esses documentos os ajudavam no seu trabalho; A maioria dos enfermeiros (76%) cooperou com outras autoridades ou organizações para atendimento continuado às vítimas de violência; Todos, responderam que havia suspeita quando existiam lesões obviamente relacionadas à violência interpessoal; A maioria dos enfermeiros envolveu membros da família no atendimento a vítimas de violência (às vezes 79%, sempre 11%); Foram fatores de exclusão da família focar a atenção na vítima, o agressor ser um familiar, falta de tempo ou o cuidado da família ser uma tarefa não incluída no seu trabalho ou em qualquer documento do serviço.</p> <p>Atitudes em relação às famílias Ser mulher, conhecer os documentos de Serviço de Urgência referentes ao atendimento de familiares e ter experiência própria de um membro da família gravemente doente, estão associados a uma</p> |
|---|---|---------------------------|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | atitude mais positiva em relação às famílias; Não existem associações entre as atitudes dos enfermeiros e o número de anos de trabalho como enfermeiro, ser especialista ou ter recebido educação sobre cuidados com os familiares no Serviço de Urgência. |
|--|--|--|--|---|

Apêndice 2 – Cronograma com as fases do PIS

| | Set. | Out. | Nov. | Dez. | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Maio |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Diagnóstico da Situação | | | | | | | | | |
| Pesquisa Bibliográfica e Revisão Integrativa da Literatura | | | | | | | | | |
| Criação do Circuito do Doente e Folheto Informativo | | | | | | | | | |
| Preparação do <i>Dossier</i> e da Sessão de Formação | | | | | | | | | |
| Realização da Sessão de Formação e Elaboração do Artigo Científico | | | | | | | | | |
| Avaliação do Projeto | | | | | | | | | |
| Divulgação do Projeto de Intervenção em Serviço | | | | | | | | | |

Apêndice 3 – Fluxograma Representativo do Circuito do Doente no SU



Apêndice 4 – Folheto Informativo

EPVA

Equipa de Prevenção de Violência no Adulto

| |
|--|
| Enf.ª Luís Rodrigues (Serviço de Urgência) |
| Dr.º Augusto Mendonça, Médico Internista |
| Dr.ª Lucília Camoesas, TSS (Serviço de Urgência) |
| Dr.ª Ana Sofia Miguéns, Jurista |

NHCJR

Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco

| |
|--|
| Enf.ª Luís Rodrigues (Serviço de Urgência) |
| Dr.ª Felismina Calhau, Médica Pediatra |
| Enf.ª Cristina Cardinho (Serviço de Pediatria) |
| Dr.ª Ana Sofia Miguéns, Jurista |



Fonte: Google Maps

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano -
EPE
Avenida de Santo António
7300-853 Portalegre

www.ulsna.min-saude.pt

Tel: 245 301 000 Fax: 245 330 359
e-mail: admin@ulsna.min-saude.pt

Violência Interpessoal Triagem, Identificação e Encaminhamento



Fonte / Adaptado de: Direção Geral de Saúde. (2016). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª edição). Lisboa: Direção Geral de Saúde

Tipos de Violência

Violência Física:

Comportamento que implique agressão física, como ofensa à integridade física, maus tratos e sequestro.

Violência Psicológica:

Provocar angústia através de ameaças, humilhações ou intimidação, como insultos, ameaças, humilhação e intimidação.

Violência Sexual:

Abuso de poder sobre a vítima para obter gratificação sexual, sem consentimento.

Negligência ou Abandono:

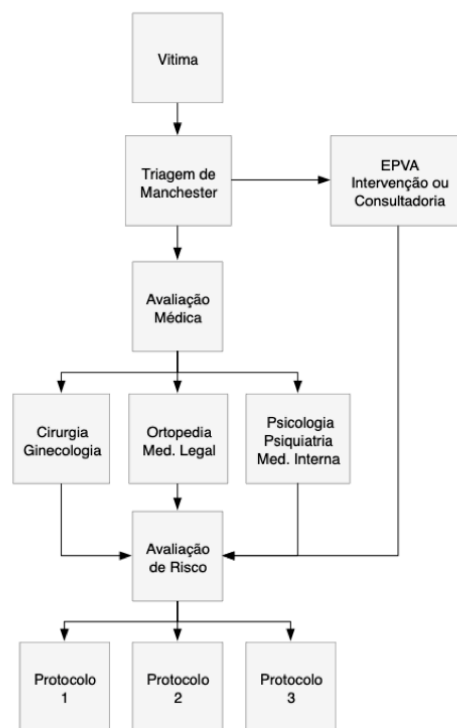
Omissão de auxílio do responsável em providenciar as necessidades básicas.

Violência Financeira:

Prática que visa apropriação ilícita de patrimônio, por parte de familiares, profissionais ou instituições.

Fonte / Adaptado de: APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

Fluxograma de Atuação



Fonte / Adaptado de: Direção Geral de Saúde. (2016). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª edição). Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Sinais de Violência

Violência Física:

- Lesões sem explicação, como feridas, hematomas, ou arranhões;
- Fraturas ósseas ou luxações;
- Lentes ou armações de óculos partidas.

Violência Psicológica:

- Aparente isolamento e depressão;
- Recusa inexplicável a atividades normais;

Violência Sexual:

- Hematomas nos seios ou genitais;
- Hemorragia genital ou anal sem explicação.

Negligência ou Abandono:

- Perda de peso, má nutrição e desidratação;
- Falta de condições de higiene;
- Roupas inadequadas à estação do ano.

Fonte / Adaptado de: APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

Apêndice 5 – Apresentação da sessão de formação em serviço



Violência Interpessoal

Triagem, Referência e Encaminhamento

Discente: Luís Ramos

Docente: Prof. Dr. Adriano Pedro

Enf. Orientador: Enf. Especialista Luís Rodrigues

Objetivos da Formação

- Identificar a equipa responsável para a atuação em casos de violência que recorram ao Serviço de Urgência;
- Conhecer a forma de atuação em casos de violência, desde a triagem do doente até à respetiva alta, através de uma formação em serviço;
- Divulgar panfleto desdobrável realizado neste projeto, com toda a informação pertinente, a ser entregue nos serviços hospitalares, que serve de guia na atuação perante vítimas de violência.



Destinatários da Formação

- Equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência;
- Elementos da EPVA e NHCJR;
- Outros interessados na temática abordada.



Contexto da Formação

- Esta formação, surge no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para dar a conhecer o projeto de estágio implementado no Serviço de Urgência, bem como todas as alterações e melhorias que vão existir no serviço quer aos profissionais que nele trabalham, quer aos outros profissionais de saúde a quem o tema possa despertar interesse.
- A violência é um dos problemas da sociedade atual mais debatidos, e há cada vez mais a necessidade dos serviços hospitalares darem uma resposta adequada a este problema, com serviços de apoio diferenciados de acordo com as necessidades de quem recorre aos Serviços de Urgência, vítima de violência;

Conceito de Violência

“Uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, comprometimento do desenvolvimento ou privação” (Krug et al., 2002)

Tipos de Violência

Violência Física:

- Comportamento que implique agressão física, como ofensa à integridade física, maus tratos e sequestro.

Violência Psicológica:

- Provocar angústia através de ameaças, humilhações ou intimidações, como insultos, ameaças, humilhação e intimidações.

Violência Sexual:

- Abuso de poder sobre a vítima para obter gratificação sexual, sem consentimento.

Negligência ou Abandono:

- Omissão de auxílio do responsável em providenciar as necessidades básicas.

Violência Financeira:

- Prática que visa apropriação ilícita de patrimônio, por parte de familiares, profissionais ou instituições.

Sinais de Violência

Violência Física:

- Lesões sem explicação, como feridas e arranhões;
- Fraturas ósseas ou luxações;
- Lentes ou armações de óculos partidas.

Violência Psicológica:

- Aparente isolamento e depressão;
- Recusa inexplicável a atividades normais.

Violência Sexual:

- Hematomas nos seios ou genitais;
- Hemorragia genital ou anal sem explicação.

Negligência ou Abandono:

- Perda de peso, má nutrição e desidratação;
- Falta de condições de higiene;
- Roupas inadequadas à estação do ano.

Violência Interpessoal

| Dados na Europa | |
|--|---|
| Maus Tratos Infantis | <ul style="list-style-type: none">- Causam 1500 mortes/ano em crianças com idade inferior a 15 anos;- Na Europa Oriental, são estimadas que 75000 crianças se encontrem envolvidas no negócio da prostituição infantil. |
| Violência nas Relações | <ul style="list-style-type: none">- Representa 40 a 70% dos homicídios;- Gera 5200 mortes/ano em mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 45 anos, e representa a oitava causa de morte neste grupo etário. |
| Violência Sexual | <ul style="list-style-type: none">- Uma em 4 mulheres e um em 20 homens, relatam ter sido vítimas de violação ou tentativa de violação ao longo da vida;- O tráfico de mulheres para exploração sexual constitui um grande problema na maioria dos países. |
| Violência Contra Idosos | <ul style="list-style-type: none">- São estimados que 4 a 6% das pessoas idosas que residem em domicílio próprio, são vítimas de abuso, valor que estará aquém da realidade. |
| O CONSUMO DE ALCOOL ENCONTRA-SE PRESENTE EM 40% DOS HOMICÍDIOS | |

Fonte: Direção Geral de Saúde. (2016). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*

Violência Interpessoal

Dados em Portugal

| | |
|---|---|
| Maus Tratos Infantis | <ul style="list-style-type: none">- Em 2013 registaram-se 30344 processos de promoção e proteção pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, onde 94,5% constituem situações que comprometem o bem estar da criança;- A nível dos serviços de saúde foram sinalizadas 30395 situações, valor em linha com os anos anteriores.- O abuso sexual mantém elevada incidência, em vítimas do sexo feminino e arguidos do sexo masculino, predominantemente em relações de conhecimento e relações familiares. |
| Violência Doméstica e de Género | <ul style="list-style-type: none">- Em 2013 registaram-se 27318 denúncias de violência doméstica, sendo 81% de mulheres, tendo sido registados 40 homicídios e cerca de 39% das agressões foram presenciadas por crianças;- Quanto ao grau de parentesco entre vítimas e pessoas denunciadas, na maioria dos casos, tratava-se de conjuges ou companheiras/os (58%) e ex-cônjuges ou ex-companheiras/os (16%). |
| Violência Contra Idosos | <ul style="list-style-type: none">- Em 2014 foi revelado que a maioria dos casos registados era sobre mulheres, entre os 60 e os 69 anos, que viviam em agregados na maioria de duas pessoas, reformadas ou com profissões pouco qualificadas;- A violência física representava 88% das denúncias, violência psicológica 70% e violência financeira 48%. Era ainda referida violência sexual em 8% das situações e negligência em 7%. |
| Dos 951 suicídios registados em 2011, cerca de 50% estão associados a casos de violência doméstica | |

Fonte: Direção Geral de Saúde. (2016). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*

Efeitos da violência na saúde

Saúde Física:

- Lesões e deficiência funcional;
- Agravamento de doenças crónicas.

Perturbações Crónicas:

- Dor crónica e fibromialgia;
- Distúrbios gastrointestinais e síndrome do intestino irritável.

Saúde Sexual e Reprodutiva:

- Gravidez indesejada e infeções de transmissão sexual;
- Aborto espontâneo e baixo peso no nascimento.

Saúde Mental:

- Baixa autoestima, depressão, fobias e ansiedade;
- Disfunções sexuais e abuso de substâncias;
- Perturbações do sono e agravamento de quadros psiquiátricos intercorrentes..

Vantagens da Prevenção

- O custo de um programa Americano, dirigido à prevenção de maus tratos, correspondeu a 5% dos custos totais empregues na reparação dos efeitos do problema;
- Estimativas da OMS Região Europeia apontam para que 1€ gasto em visitas domiciliárias ou em programas de competências parentais, tendo em vista a prevenção dos maus tratos infantis, permite economizar 19€ futuramente com reparação dos efeitos do problema.

PELOS MOTIVOS INDICADOS ANTERIORMENTE HOUE, POR PARTE DO GOVERNO PORTUGUÊS, A NECESSIDADE DE SEREM CRIADAS EQUIPAS E TOMADAS MEDIDAS NO QUE TOCA AO ACOMPANHAMENTO DAS VÍTIMAS E À PREVENÇÃO DE MAUS TRATOS.

Fonte: Direção Geral de Saúde. (2016). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*

EPVA – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

Criadas em 2013 pelo despacho nº 6378/2013, têm como objetivos:

- Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais, administrativos e técnicos, dos diferentes serviços, para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo da vida;
- Difundir informação de carácter legal, normativa e técnica sobre o assunto;
- Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos.

Fonte: Diário da República, 2ª série – nº94 – 16 de Maio de 2013

EPVA na ULSNA

| EPVA |
|--|
| Equipa de Prevenção de Violência no Adulto |
| Enf.º Luís Rodrigues (Serviço de Urgência) |
| Dr.ª Augusto Mendonça, Médico Internista |
| Dr.ª Lucília Camoesas, TSS (Serviço de Urgência) |
| Dr.ª Ana Sofia Miguéns, Jurista |

NHCJR – Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco

Criados em 2017 pelo despacho nº 5656/2017, têm como objetivos:

- Permitir uma mais completa caracterização epidemiológica do problema das crianças e jovens em risco;
- Monitorizar e vigiar todas as crianças e jovens assistidos no hospital com indicadores de risco, suspeita ou evidência de negligência, maus tratos, abuso ou abandono;
- Gerir as situações com carácter de urgência em matéria de perigo e que transcendam as capacidades de intervenção das equipas de saúde;
- Documentar de forma mais rigorosa a intervenção dos serviços de saúde neste domínio.

Fonte: Diário da Republica, 2ª série – nº123 – 28 de Junho de 2017

NHCJR na ULSNA

NHCJR Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco

Enf.º Luís Rodrigues (Serviço de Urgência)

Dr.ª Felismina Calhau, Médica Pediatra

Enf.ª Cristina Cardinho (Serviço de Pediatria)

Dr.ª Ana Sofia Miguéns, Jurista

Atuação na fase aguda

FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES AGUDAS E/OU DE AGRESSÃO SEXUAL



Fonte: Direção Geral de Saúde. (2016). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde – Guia Prático*.

Atuação no Serviço de Urgência

Proteger a vítima



Intervir no risco para
prever a evolução para o
perigo

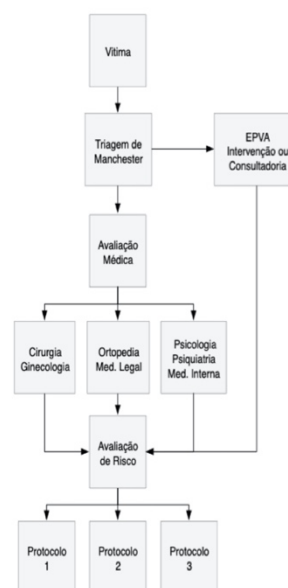


Evitar a recorrência

Recomendações para atuação:

- Não confrontar o/a agressor/a com o testemunho da vítima;
- Ter em conta as dificuldades específicas das vítimas em situações de especial vulnerabilidade, adaptando os protocolos à situação em causa e disponibilizar suporte emocional continuado;
- Não recomendar, sobretudo em fases agudas, terapia de casal ou mediação familiar;
- Avaliar a segurança da vítima e tomar medidas de segurança, sempre que se realize a denúncia da situação;
- Manter estreita coordenação e colaboração com outras instituições ou serviços de saúde.

Fluxograma de atuação

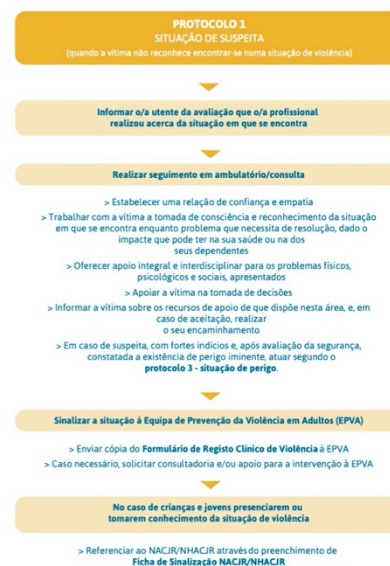


Protocolo 1

Tem como objetivo:

- Promover o reconhecimento por parte da vítima da sua situação de maus tratos, ajudando na compreensão enquanto problema, para que hajam condições de realizar uma intervenção direta.

Fluxograma do protocolo 1



Fonte: Direção Geral de Saúde, (2016). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde – Guia Prático*.

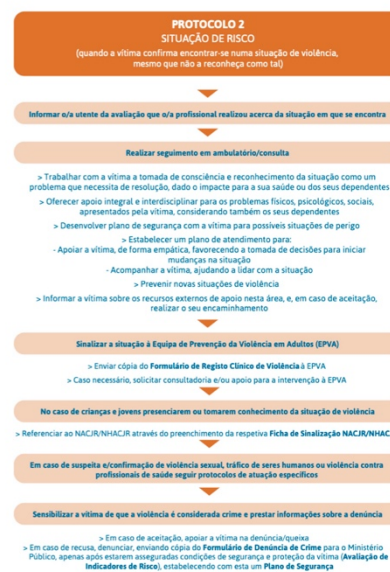
Protocolo 2

Tem como objetivo:

- Fazer com que a vítima se sinta apoiada e esteja consciente da sua situação, de modo a iniciar as mudanças necessárias que lhe permitam interromper o ciclo/dinâmica da violência.

Fluxograma do protocolo 2

Fonte: Direção Geral de Saúde. (2016). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde – Guia Prático*.

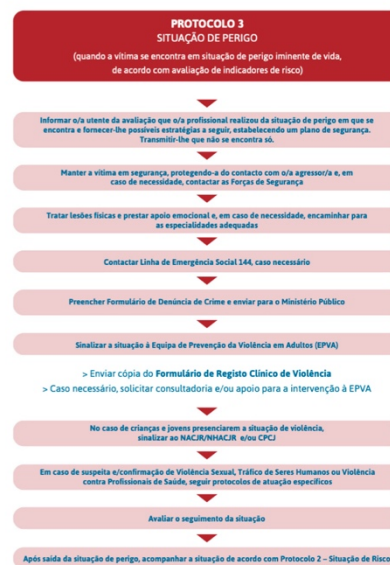


Protocolo 3

Tem como objetivo:

- Promover a segurança das vítimas, incluindo os seus dependentes, em situações de violência grave, ocorridas ou em risco de ocorrer, que possam representar perigo iminente de vida.

Fluxograma do protocolo 3



Fonte: Direção Geral de Saúde. (2016). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde – Guia Prático*.

Formulário para Registo

Para o registo das entradas no Serviço de Urgência, em que existam indicadores de violência, explícitos ou não, as mesmas devem ser registadas em impresso próprio (MOD.57.ULSNA.01), que se encontra no Gabinete de Triagem em *dossier* próprio para o efeito e deve ser preenchido pelos profissionais de saúde que prestem cuidados à vítima. Embora o mesmo não seja de preenchimento obrigatório, é solicitada a máxima cooperação de todos os envolvidos.

Página 1

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ULSNA+
Unidade Local de Saúde de N.º 1

FORMULÁRIO DE REGISTO CLÍNICO DE VIOLÊNCIA - ADULTOS

Nº Utente

Nº Proc. EPVA

Nome do Médico

1. IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA

Composição do agregado familiar:

| | Grau | Idade |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2. AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

2.1. Tipologia/Natureza:

| | Data de início |
|--------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Física | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Psicológica | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sexual | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Outra | <input type="text"/> |

2.2. Situações Específicas:

☐ Violência Doméstica

☐ Violência de Género

☐ Tráfico de Seres Humanos

☐ Institucional

☐ Bullying

Adaptação do formulário da ASGVV
MOD. 57.ULSNA.01

Página 1 de 2

Página 2

2.3. Frequência:

☐ Única
☐ Episódica
☐ Contínua

2.4. Descrição dos Factos:

2.5. Descrição das Lesões:

| Localização | Tipo de lesão |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Se a situação o permitir fotografar antes de cuidados de saúde

☐ Registo Fotográfico de Lesões
☐ Colheitas
☐ Vestígios

Adaptação do formulário da ASGVV
 M00.57 ULSNA.01

Página 2 de 4

Página 3

EXAME FÍSICO - ESTADO GERAL

Assinale a localização com o símbolo e descreva no espaço adjacente. Seleccione a(s) figura(s) que se adequar(m) à morfologia da vítima.

Lado Direito Lado Esquerdo Lado Direito Lado Esquerdo

3. AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO

3.1. ☐ Presença de indicadores de **RISCO**, avaliado em conjunto com a vítima:

- ☐ Ameaça ao uso de armas
- ☐ Ameaças ou tentativas de homicídio à vítima ou figuras significativas
- ☐ Maus tratos a crianças e jovens ou outros membros da família
- ☐ Lesões graves em incidentes anteriores
- ☐ Ameaça ou abandono da vítima por parte da vítima
- ☐ Ameaças ou assédio/ perseguições/ stalking
- ☐ Escala da gravidade, intensidade e frequência da violência
- ☐ Manifestação de crises extremas, consumo abusivo de álcool/drogas
- ☐ Consumo de álcool ou outras substâncias por parte do/a agressor/a
- ☐ Comportamento violento generalizado a outros contextos
- ☐ Denúncia ou acidente de trânsito por parte do/a agressor/a
- ☐ História de crimes do/a agressor/a
- ☐ Violação de ordens judiciais pelo/a agressor/a (liberdade condicional, medidas de coação)

3.2. ☐ Na presença deste indicador, o risco aumenta consideravelmente. Resposta positiva da vítima aos itens de percepção de perigo:

- ☐ Sentimento de insegurança
- ☐ Recusa em voltar para casa/ contexto onde ocorreu a situação de violência
- ☐ Existência de perigo para os filhos
- ☐ Presença do/a agressor/a em localidade próxima
- ☐ Desconhecimento da situação por familiares e/ou amigos
- ☐ Ficar apenas da rede de suporte familiar ou social

Adaptação do formulário da ASGVV
 M00.57 ULSNA.01

Página 3 de 4

Página 4

3.3. Diagnóstico de **PERIGO IMINENTE**:
(Possibilidade de sofrer um episódio iminente de violência com perigo para a vida da vítima e/ou das suas figuras significativas), fundamentada na entrevista, percepção da vítima, avaliação biopsiquiátrica e exame físico.

4. HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO



Adaptação do Formulário da ASIPPY
MOD-57 ULSNA-01

Página 4 de 4

Folheto Informativo

EPVA
Equipa de Prevenção da Violência no Adulto

Dr.ª Luis Rodrigues (Serviço de Urgência)
Dr.ª Augusta Mendonça (Medicina Interna)
Dr.ª Lucília Carmo (TSA (Serviço de Urgência))
Dr.ª Ana Sofia Miguel, Juntia

NHCJR
Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco

Dr.ª Luis Rodrigues (Serviço de Urgência)
Dr.ª Felomena Calhau, Medicina Pediátrica
Dr.ª Cristina Cardinho (Serviço de Pediatría)
Dr.ª Ana Sofia Miguel, Juntia

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - ERS
Avenida de Santa Antónia
7300-853 Portalegre

www.ulsna-mn-saude.pt

Tel: 245 301 000 Fax: 245 330 019
e-mail: adn@ulsna-mn-saude.pt

Violência Interpessoal
Triage, Identificação e Encaminhamento

Adaptação do Formulário da ASIPPY - MOD-57 ULSNA-01

Tipos de Violência

Violência Física:
Comportamento que implique agressão física, como ofensa à integridade física, maus tratos e sequestro.

Violência Psicológica:
Provocar angústia através de ameaças, humilhações ou intimidação, como insultos, ameaças, humilhação e intimidação.

Violência Sexual:
Atos de poder sobre a vítima para obter gratificação sexual, sem consentimento.

Negligência ou Abandono:
Omissão de auxílio do responsável em proporcionar as necessidades básicas.

Violência Financeira:
Prática que visa apropriação ilícita de património por parte de familiares, profissionais ou instituições.

Fluxograma de Atuação

Fluxograma de atuação para a violência interpessoal, mostrando o caminho desde a vítima até ao encaminhamento para o serviço de saúde ou a polícia.

Sinais de Violência

Violência Física:
- Lesões sem explicação, como fendas, hematomas, ou amarrões;
- Fracturas ósseas ou luxações;
- Lesões ou amarrões de dobras partidas.

Violência Psicológica:
- Aparente isolamento e depressão;
- Recusa inexplicável a atividades normais.

Violência Sexual:
- Hematomas nos seios ou genitais;
- Hemorragia genital ou anal sem explicação.

Negligência ou Abandono:
- Perda de peso, má nutrição e desidratação;
- Falta de condições de higiene;
- Roupa inadequada à estação do ano.

Bibliografia

- Direção Geral de Saúde. (2016). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª edição). Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde – Guia Prático*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Despacho nº 6378/2013 de 16 de Maio. *Diário da República nº 94/2013 – II Série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho nº 31292/2008 de 05 de Dezembro. *Diário da República nº 236/2008 – II Série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho nº 5656/2017 de 28 de Junho. *Diário da República nº 123/2017 – II Série*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf

Apêndice 6 – Cartaz para a divulgação da sessão de formação

Formação em Serviço

3ª Mestrado em EMC

Violência Interpessoal

Triagem, Referência e Encaminhamento



10 de Janeiro de 2020 às 14h
Sala de Conferências

Formador: Enf. Luís Ramos
Orientador: Enf. Luís Rodrigues

Apêndice 7 – Plano de Sessão da formação realizada no Serviço de Urgência



REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O SFIBD RESERVA-SE O DIREITO DA NÃO EMISSÃO DOS CERTIFICADOS SEMPRE QUE O FORMULÁRIO NÃO ESTEJA PREENCHIDO DE FORMA LEGÍVEL

1 – PLANO DE SESSÃO

| | | | |
|--|--|---|---|
| Ação de Formação: <i>Violência Interpessoal - Triagem, Referência e Encaminhamento</i> | | Serviço: <i>Serviço de Urgência</i> | |
| Destinatários: <i>Equipa multidisciplinar do SU; Eleitores EPVA e NHCJR</i> | | Data: <i>10/01/2020</i> (00/00/0000) | |
| Formador: <i>Euf. L. Rodrigues</i> (Quando Aluno, deve ser supervisionado pelo Tutor) | | Hora Início: <i>14:00</i> (00:00h) | Hora Fim: <i>16:00</i> (00:00h) |
| Tutor: <i>Euf. L. Rodrigues</i> | | Duração: <i>2h</i> | |
| Local de realização: <i>Sala de Conferências</i> | | | |
| A ação de formação estava contemplada em Plano | | Justificação: <i>Formação e contexto académico</i> | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | | |
| Objectivos gerais (Indique a pertinência do tema para o serviço e para a população alvo) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Dotar o Serviço de Urgência de uma abordagem global e integrada a casos de vítimas de violência - Garantir um suporte adequado a vítimas de violência | | | |
| Objectivos específicos (Indique os objectivos que se pretendem atingir, para o serviço, com esta acção formativa) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Identificar as equipas responsáveis para atuar a casos de violência - Construir a forma de abordagem a casos de vítimas de violência - Divulgar o perfil criado sobre a temática | | | |



1- PLANO DE SESSÃO (cont.)

METODOLOGIA
E/I/D/A

Método expositivo. Utilizado apontamentos de dispositivos a d- de exp e i-fer-se-

PROPOSTAS / DECISÕES:

IMPACTO DA FORMAÇÃO

Preenchimento

obrigatório 2/4 meses

após a formação

AVALIAÇÕES

I / F / S

¹Expositivo/Interrogativo/Demonstrativo/Activo

²Inicial/Formativa/Sumativa

³Avaliação das mais valias que a acção trouxe para o desempenho dos profissionais/serviço

Apêndice 8 – Resumo do artigo científico

RESUMO

Objetivo: Analisar, quais as orientações que os enfermeiros que trabalham num serviço de urgência devem ter, no atendimento às vítimas de violência interpessoal e aos seus familiares.

Método: Revisão Integrativa de Literatura, utilizando a base de dados EBSCO Host, com as palavras-chave **vítimas de violência, Serviço de Urgência e enfermagem**. Foram utilizados como critérios de inclusão o tipo de participantes, o tipo de intervenções e o tipo de estudo. Foram utilizados como critérios de exclusão, a data da publicação e estudos que não dispunham do texto completo.

Resultados: Percebeu-se que existe a necessidade de um processo formativo sobre a temática, uma vez que a maioria dos estudos apontam para essa mesma falta de formação. O Sistema de Triagem de Manchester, embora utilizado pela maioria dos enfermeiros, é um sistema incompleto para a triagem das vítimas de violência. Todos os estudos reconhecem a importância da família, no entanto, poucos a incluem nos cuidados prestados. Falta também uma forma de atuação previamente definida de modo a que os cuidados prestados sejam uniformes entre todos os enfermeiros.

Considerações Finais: Embora os enfermeiros estejam cada vez mais despertos para a problemática da violência, existe ainda em enorme caminho a ser percorrido. Estes, identificam lacunas principalmente ao nível da formação específica. A falta dessa formação faz com que muitas das vezes não tenham a capacidade de identificar uma vítima de violência, se esta não referir que se trata de uma questão de violência. Também no que toca se refere à inclusão das famílias, existe ainda muito trabalho a ser desenvolvido, principalmente porque estas também podem necessitar de cuidados.

Palavras-Chave: Vítimas de Violência, Serviço de Urgência e Enfermagem

ABSTRACT

Objective: Analyze what the guidelines that nurses who work in an Emergency Room should have, when caring for victims of interpersonal violence and their families.

Method: Integrative literature review, using the EBSCO Host database, with the keywords **victims of violence**, **Emergency Room** and **nurse**. Inclusion criteria were the type of participants, the type of interventions and the type of study. Exclusion criteria were the date of publication and studies that did not have the full text

Results: It was noticed that there is a need for a training process on the theme, since most studies point to this same lack of training. The Manchester Screening System, although used by most nurses, is an incomplete system for screening victims of violence. All studies recognize the importance of the family, however, few include it in the care provided. There is also a lack of a previously defined form of action so that the care provided is uniform among all nurses.

Discussion: Although nurses are increasingly awake to the problem of violence, there is still a huge way to go. These identify gaps mainly in terms of specific training. The lack of such training means that they often do not have the capacity to identify a victim of violence, if it does not mention that it is a question of violence. Also, with regard to the inclusion of families, there is still a lot of work to be done, mainly because they may also need care.

Keywords: Victims of Violence, Emergency Room and Nurse.